



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Koordinovaná rehabilitace dětí s opakovaným
onemocněním dýchacích cest

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Lenka Haková

Vedoucí práce: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr. h. c.

České Budějovice 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Koordinovaná rehabilitace dětí s opakovaným onemocněním dýchacích cest* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 19. 8. 2016

.....

Bc. Lenka Haková

Poděkování

Na tomto místě bych poděkovala všem, kteří mě podporovali při celém studiu. Veliké díky patří panu prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., dr. h. c., který měl se mnou při psaní těchto řádků obrovskou trpělivost a obohatil práci i můj život o odborné rady, cenné zkušenosti. Díky za jeho připomínky a lidský přístup. Děkuji Lázním Luhačovice, a. s. a vedoucí lékařce dětských léčeben prim. MUDr. Janě Rydlové, že mi poskytla prostor pro můj výzkum. Poděkování patří také mé dceři, která stála neustále při mně.

Koordinovaná rehabilitace dětí s opakovaným onemocněním dýchacích cest

Abstrakt

Onemocnění dýchacích cest u dětí je jedním z nejčastějších onemocnění, se kterým přicházejí rodiče do ordinací dětských lékařů. Důležité je nejen stanovení správné diagnózy pediatrem, ale také léčba. V případech onemocnění dýchacích cest se jedná velmi často o dlouhodobou a opakovanou léčbu. Lázeňská léčba pro děti v útlém věku představuje možnost zlepšení kvality jejich života, zařazení do kolektivu svých vrstevníků, omezení komplikací základního onemocnění, snížení četnosti akutních onemocnění a dávek užívaných léků a významně snižuje riziko rozvoje chronického onemocnění v dospělosti. Neméně důležitým přínosem lázeňské léčby je také zvýšení psychické i fyzické zdatnosti a také upevňování sebevědomí, které je mnohdy sníženo působením nemoci.

Cílem této diplomové bylo zmapování využívání koordinované rehabilitace v Lázních Luhačovice, a. s. (dále jen Lázně Luhačovice) a zjištění, jaké jsou vědomosti zdravotnického a nezdravotnického personálu dětských léčeben a doprovodu dětí o koordinované rehabilitaci. Ze stanovených cílů byly vytvořeny následující tři výzkumné otázky. Jaké složky koordinované rehabilitace poskytují dětské léčebny pro děti s onemocněním dýchacích cest v Lázních Luhačovice?, Proč personál (zdravotnický a nezdravotnický) dětských léčeben poskytující péči dětem s onemocněním dýchacích cest nechápe poskytovanou péči jako koordinovanou?, Proč doprovod dětských pacientů chápe poskytovanou péči jako koordinovanou?. Následně byly stanoveny tři hypotézy. Hypotéza 1: doprovod dětí, který byl s dítětem v lázních opakovaně, chápe péči o své dítě jako koordinovanou rehabilitaci, na rozdíl od doprovodu, který byl s dítětem v lázních pouze jednou. Hypotéza 2: zdravotnický personál dětských léčeben nejvíce vnímá léčebnou rehabilitaci jako složku koordinované rehabilitace oproti personálu nezdravotnickému. Hypotéza 3: doprovod dětských pacientů je nejvíce spokojen s léčebnou složkou koordinované rehabilitace oproti pedagogické a sociální složce.

Výzkum byl proveden strategií kvantitativního výzkumu, metodou dotazníkového šetření, technikou vlastního standardizovaného dotazníku v období červen až červenec 2015. Standardizované dotazníky byly strukturovány pro dva výzkumné soubory. Jedny byly určeny pro personál dětských léčeben a druhé pro doprovod dětských pacientů dětských léčeben Lázní Luhačovice. Z personálu dětských léčeb se výzkumu zúčastnilo 22 komunikačních partnerů a z cílové skupiny doprovod dětí 54. Navracené standardizované dotazníky byly zpracovány a vyhodnoceny popisnou statistikou. Prezentované tabulky byly vytvořeny počítačovým programem Microsoft Office Excel, verze 2013. Pro ověření stanovených hypotéz byly využity Fisherův přímý exaktní test a Test dobré shody – Chí kvadrát. Na základě statistických výpočtů stanovené hypotézy nelze zamítnout, výsledky nejsou statisticky významné.

Ze získaných informací, které byly prostřednictvím dotazníků zpracovány, je možno vyčíst, že z pohledu zdravotnického i nezdravotnického personálu dětských léčeben je patrné vnímání pouze jedné složky koordinované rehabilitace, a to té, kterou dětským pacientům poskytují. Na druhou stranu je možné tvrdit, že z pohledu doprovodu dětí, je koordinovaná rehabilitace vnímána ve všech složkách, které jsou poskytovány. Tento pohled se nabízí jako komplexní, protože doprovod dětí, který má svůj pobyt s dítětem hrazený zdravotní pojišťovnou je s dítětem 24 hodin denně a vidí a vnímá celistvost a provázanost poskytované péče dětem.

Diplomová práce přispěje k rozšíření povědomí o využívání složek koordinované rehabilitace dětí s opakovaným onemocněním dýchacích cest, které jsou poskytovány v dětských léčebnách v Lázních Luhačovice, ale také v jiných lázeňských zařízeních, kde se věnují této indikační skupině nemocí.

Klíčová slova

koordinovaná rehabilitace; kruhová podpora; onemocnění dýchacích cest; dítě; lázeňská péče; doprovod; personál dětských léčeben;

Coordinated Rehabilitation in Children with Recurrent Respiratory Diseases

Abstract

Respiratory diseases are ones of the most common diseases, which are treated by general practitioners. Not only the right diagnosis is essential, but the treatment as well. The treatment of respiratory diseases is usually long-term and often requires repeating. Health treatment of young children in a spa improves their life and health quality, inclusion in a collective of similar aged children, reduces complications of their disease, doses of medicine and highly reduces the risk of development of a chronic disease in adulthood. Another benefit of spa health treatment is improving psychic and physical state and selfconfidence, which is often decreased because of the disease.

The aim of this thesis is to chart the use of coordinated rehabilitation in spa Lázně Luhačovice, a. s. and to survey coordinated rehabilitation awareness of spa medical and non medical personnel and children's accompaniment . Three following research questions were created out of the set aims. What kind of coordinated rehabilitation does children spa health resort in Luhačovice provide for children with respiratory diseases? Why doesn't the spa health resort medical and non medical personnel perceive the provided care as coordinated? Why does the children's accompaniment perceive the care as coordinated? Afterwards, three hypotheses were set. Hypothesis 1: Children's accompaniment, who has been to spa health resort repeatedly perceives the care of his child as coordinated unlike the one who has been to spa health resort just once. Hypothesis 2: Medical staff of children spa health resorts perceives the most the medical treatment part of coordinated rehabilitation in contrast with non medical staff. Hypothesis 3: Children's accompaniment is satisfied the most with the medical treatment part of coordinated rehabilitation unlike the pedagogical and social one.

A strategy of quantitative research was used, data was gathered by standardized questionnaires in June and July 2015. The standardized questionnaires were given to two different research groups. First one was spa health resort personnel, second one children's accompaniment in the spa Lázně Luhačovice, a. s. There were 22 respondents from the spa health resort personnel and 54 from the group of children's

accompaniment. The completed questionnaires were evaluated using descriptive statistics. Charts in this thesis were created using Microsoft Office Excel 2013. Hypotheses were statistically verified using Fisher's exact test and Pearson's chi-squared test of goodness of fit. Based on statistical calculations the hypotheses can not be rejected, the results are not statistically significant.

From the data obtained from the questionnaires, it is noticeable that from the spa health resort medical and non medical personnel point of view, there is perceived only the part, which they provide. On the other hand, from the children's accompaniment point of view the rehabilitation is perceived as coordinated in all the parts provided. It is thanks to the fact that the accompaniment, who is in the spa health resort on the expenses of health insurance company, can see all the parts of coordinated rehabilitation as they undergo it together with their children.

This thesis contributes to widening awareness of using parts of coordinated rehabilitation in children repeated respiratory diseases treatment, which are provided in facilities of spa Lázně Luhačovice, a.s. and in other health resorts, where there is this kind of care provided as well.

Key words

coordinated rehabilitation; group support; respiratory diseases; child; spa; health resort treatment; accompaniment; health resort personnel;

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	11
1.1 Rehabilitace	11
1.2 Holistické pojetí člověka	12
1.3 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.....	13
1.4 Koordinovaná rehabilitace.....	15
1.4.1 Léčebná složka rehabilitace	18
1.4.2 Sociální složka rehabilitace	23
1.4.3 Pedagogická složka rehabilitace	25
1.4.4 Pracovní složka rehabilitace	26
1.5 Multidisciplinární tým – kruhová podpora.....	27
1.6 Onemocnění dýchacích cest u dětí.....	29
1.6.1 Dýchací soustava.....	29
1.6.2 Nejčastější onemocnění dýchacích cest u dětí a jejich léčba.....	31
1.7 Lázeňská léčba	34
1.7.1 Lázeňská léčba dětí s onemocněním dýchacích cest dle indikačního seznamu	35
1.7.2 Lázně Luhačovice, a. s.	37
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	42
2.1 Cíl práce.....	42
2.2 Výzkumné otázky.....	42
2.3 Hypotézy.....	42
3 METODIKA	43
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	43
3.2 Použitá metodika a technika sběru dat	43
3.3 Zpracování dat	45
3.4 Etický aspekt výzkumu.....	45
4 VÝSLEDKY	46
4.1 Výsledky – Dotazník pro personál.....	46
4.1.1 Popis souboru – personál.....	46
4.1.2 Vnímání léčebné složky koordinované rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem	48
4.1.3 Vnímání pedagogické složky koordinované rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem	52

4.1.4	Vnímání sociální složky koordinované rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem	54
4.1.5	Vnímání koordinované rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem.....	56
4.1.6	Vnímání kruhové podpory rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem.....	58
4.2	Výsledky – Dotazník pro doprovod	59
4.2.1	Popis souboru – doprovod	59
4.2.2	Vnímání léčebné složky koordinované rehabilitace doprovodem.....	61
4.2.3	Vnímání pedagogické složky koordinované rehabilitace doprovodem. ...	66
4.2.4	Vnímání sociální složky koordinované rehabilitace doprovodem.....	69
4.2.5	Vnímání koordinované rehabilitace doprovodem.....	71
4.3	Statistické testy	73
5	DISKUZE	76
6	ZÁVĚR.....	85
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	86
8	SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ.....	99
9	SEZNAM ZKRATEK.....	100

ÚVOD

V kruhu odborné veřejnosti se v souvislosti se slovem rehabilitace velmi často skloňuje také slovo koordinovaná, někdo používá ucelená. Oba výrazy znamenají totéž. Koordinovaná rehabilitace není pouze vyléčení po zdravotnické stránce, ale do procesu vstupují ještě další složky – složka sociální, pedagogická a pracovní. Z holistického pohledu na člověka, je nutné ke každému přistupovat s vědomím, že každý z nás je jedinečná, neopakovatelná bytost, jejíž složky osobnosti jsou vzájemně propojeny a ovlivňují se.

Nejčastějším důvodem, proč rodič přijde se svým dítětem k pediatrovi, je po stanovení diagnózy právě onemocnění dýchacích cest. Opakovaná onemocnění dýchacích cest vyžadují dlouhodobější spolupráci dětského lékaře, rodičů a dětského pacienta. Velmi často jsou děti léčeny na základě komplexní lázeňské péče v lázních, kde se onemocnění dýchacích cest věnují.

V diplomové práci je kladen za cíl zmapovat využívání koordinované rehabilitace v Lázních Luhačovice a zjistit, jaké jsou vědomosti zdravotnického a nezdravotnického personálu dětských léčeben a doprovodu dětí o koordinované rehabilitaci.

Z vlastní zkušenosti, kdy jsem s dcerou byla opakovaně jako doprovod při její léčbě, jsem si svůj názor udělala a pomocí uskutečněného výzkumu bych stanovené hypotézy vyvrátila či potvrdila. Výzkum byl proveden formou kvantitativního výzkumu, metodou dotazování prostřednictvím standardizovaných dotazníků. Osloveny byly dva výzkumné soubory – personál dětských léčeben a doprovod dětí. Výzkumu se zúčastnilo 22 komunikačních partnerů – personálu a 54 komunikačních partnerů – doprovodu dětí.

Práce s dětmi s onemocněním dýchacích cest je z pohledu personálu léčeben i z pohledu rodiče/doprovodu velice náročná a vyžaduje systematickosti, trpělivost, vřelost, komunikativnost, vytrvalost a empatii. Děti jsou naše budoucnost a do budoucna se v každém případě vyplatí investovat.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Rehabilitace

Pojem rehabilitace se začal používat v průběhu první světové války ve Spojených státech amerických (Kolář et al., 2009; Pfeiffer et al., 2014a). Novolatinský původ slova se začal používat ve Spojených státech amerických v době 1. světové války (Trojan et al., 2005). V té době se vracelo z války v Evropě mnoho vojáků, kteří utrpěli mnohá těžká zranění. Bylo snahou jim aktivně pomoci, aby se mohli v co nejkratší době vrátit do společenského i soukromého života. (Trojan et al., 2005; Kolář et al., 2009). Rehabilitace měla také v této zemi již od roku 1918 oporu v zákoně (Trojan et al., 2005).

U nás i v Evropě se rehabilitace začala prosazovat až koncem druhé světové války (Trojan et al., 2005; Kolář et al., 2009; Pfeiffer et al., 2014a). Růžičková (2015) směřuje počátky vzniku pojmu rehabilitace na našem území přibližně na přelom 18. a 19. století, kdy byly zakládány první vzdělávací instituce a ústavy. Autorka dále tvrdí, že cílem tehdejší rehabilitace bylo nejenom výchova a vzdělání, ale také dosažení samostatnosti a práce schopnosti.

Za 1. světové války se v Čechách nejvíce o vojáky staral prof. MUDr. Jedlička, který prováděl moderní rehabilitaci. Tato pomoc byla nazývána jako léčba mrzáků, popř. válečných invalidů. (Trojan et al. 2005; Pfeiffer et al., 2014a)

O myšlence rehabilitační péče v České republice, které se věnoval profesor MUDr. Rudolf Jedlička se svými spolupracovníky, ke kterým patřili František Bakule a Augustin Bartoš, mluví také Vítková (2006). Ta ještě dále doplňuje, že úsilí pana profesora bylo zúročeno založením Jedličkova ústavu pro zmrzačené, který se nachází v Praze na Vyšehradě.

V roce 1969 Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) vyslovila jednotnou definici rehabilitace následovně: Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik anebo přecvičení jednotlivce k nejvyšší možné funkční schopnosti. V roce 1981 byla tato definice ještě upravena a rozšířena: Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující

ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého. (Trojan et al. 2005; Kolář et al. 2009; Pfeiffer et al., 2014b)

WHO (© 2016b) na svých stránkách vykládají pojem rehabilitace, jako proces zaměřený na dosažení a udržení optimálního fyzického, intelektového, psychologického a sociálního stavu. Dále je zde uvedeno, že rehabilitace je nástrojem, který potřebuje postižený jedinec k dosažení své nezávislosti a sebeurčení.

Čevela a Čeledová (2011b) interpretují sdělení WHO z roku 2006, že rehabilitace je soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví nemocí, úrazem, vrozenou vadou. Autoři dále přibližují, že resocializací je myšlen návrat do aktivního společenského života, do zaměstnání.

1.2 Holistické pojetí člověka

Jankovský (2014) si pokládá otázku, jak definovat člověka. Autor si odpovídá, že člověk není pouhá věc či tvor, ale je to lidská bytost, která je schopna vědomí sebe sama a vědomí odpovědnosti. Kutnohorská (2009) spojuje holismus s idealistickou filozofií celistvosti.

Jankovský (2003) vnímá lidskou bytost z pohledu bio-psycho-sociální-spirituální. Tento pohled autor nazývá jako holistické pojetí člověka, které je úspěšným a výchozím bodem pro adekvátní přístup a postoj k dalším problémům, ať už se jedná o oblast zdraví, vzdělávání, sociální problémy, aj.

Celostní (holistický) model zdraví chápe Nováková (2011b) jako soubor vzájemně fungujících, podporujících a ovlivňujících se vztahů tělesné, duševní, citové, osobní, sociální a duchovní složky člověka. Pokud se zdravotně sociální pracovník chce celostně zabývat lidskou bytostí, nesmí opomenout ani zanedbat žádnou složku bio-psycho-sociální a spirituální dimenze člověka (Kutnohorská et al., 2012).

Holistický (celostní) pohled na člověka ve zdraví i nemoci představuje podle Mandincové (2011) pohled na lidskou bytost se všemi jejími biologickými, psychologickými a sociálními faktory, které plně ovlivňují její momentální rozpoložení a situaci, ve které se nachází. Autorka je přesvědčena, že tyto faktory se navzájem ovlivňují a působí na sebe.

Gillernová et al. (2011) připouští, že k původním biologickým činitelům nemoci a zdraví v druhé polovině 20. století přibýly psychologické a sociální faktory. Autoři se domnívají, že v průběhu dalšího časového horizontu vývoje zdraví a nemoci došlo ještě k doplnění dalších dimenzí, a to kulturní, spirituální a ekologickou.

Celostní (komplexní) pohled na lidské bytí nazývá Ortel et al. (2012) jako globální pohled na lidskou bytost. Autoři sledují člověka v rovinách, které jsou neoddělitelné provázány ve vzájemných vazbách a interakcích, obecně řečeno: „všechno souvisí se vším“.

Nováková (2011b) se domnívá, že v současné době převažuje bio-psycho-sociální pojetí nemoci. Tento přístup ke klientovi spočívá v komplexním vyšetření, tj. ve všech jeho možných souvislostech se všemi vzájemně ovlivňujícími složkami.

1.3 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

WHO se snaží vystihnout jedince v kladném slova smyslu, tj. co můžu jedinec vykonávat i přes své zdravotní postižení (Pfeiffer et al., 2014a). V současné době jsou v ČR pro potřeby zdravotnické a sociální péče používány dva typy klasifikací: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF) a Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN) (Matlasová, 2011, Pfeiffer et al., 2014a). Oba dokumenty vznikly za podpory WHO (Pfeiffer et al., 2014b).

MKN je v praxi využívána pro účely epidemiologické, zdravotnické a pro klinickou praxi (Matlasová, 2011). MKN přesně určuje systém označování a klasifikaci lidských nemocí, poruch, zdravotních problémů a umožňuje systematické zaznamenávání analýz, výklad a srovnání dat o úmrtnosti a nemocnosti, shromážděných v různých zemích nebo oblastech v odlišných dobách (Pfeiffer et al., 2014b). Autor dále seznamuje se skutečností, že MKN se stala mezinárodní standardní klasifikací.

MKF popisuje situaci člověka v souvislostech vztahujících se k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu, na rozdíl od Mezinárodní klasifikace nemocí, která jednoznačně určuje chorobu (Švestková a Angerová, 2006). Matlasová (2011) k názoru ještě přidává,

že MKF je klasifikací zdraví a s tím souvisejících zdravotně sociálních stavů, které jsou hodnoceny na úrovni jedince ale i celé společnosti.

Pro zřetelnější vysvětlení těchto dvou dokumentů přidává Švestková et al. (2008) bližší příklad, kdy dvě osoby se stejně určenou nemocí dle MKN mohou mít různý stupeň svých funkčních schopností dle MKF. Situaci autorka také popisuje, že každý jedinec má zcela jiné následky své nemoci pro život, byť nemoc je diagnostikována úplně stejně. Hlavní myšlenkou MKF je zhodnocení situace, ve které se právě osoba nachází (Matlasová, 2011).

Vzor a filozofie klasifikace MKF byla v roce 2001 ratifikována Českou republikou, která se zavázala, že ji bude používat jako základní pilíř pro politiku moderního hodnocení v rehabilitaci (Kupková, 2010). Úkolem klasifikace MKF je dle názoru Pfeiffera a Švestkové (2007) vytvořit jednotný a standardizovaný nástroj k hodnocení komplexního stavu člověka, který bude sloužit ke zlepšení komunikace mezi odborníky, lékaři, systémem sociálního zabezpečení ale také širokou odbornou veřejností.

Hlavním okruhem, kde by měla klasifikace MKF aplikována je především v oblasti rehabilitace a posudková činnost (Matlasová, 2011). Podle názoru Pfeiffer et al. (2014a) všichni posudkoví lékaři mají absolvovat školení, které je naučí používat MKF.

Oblastí pro využívání MKF spatřují Čevela a Čeladová (2011a) v posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní) a posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, pro předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti.

Ke kvalifikaci člověka pomocí MKF jsou využívány následující 4 komponenty:

1. tělesné funkce (body functions) – kód **b**
2. tělesné struktury (body structures) – kód **s**
3. aktivity a participace (activities and participations) – kód **d**
4. faktory prostředí (environmental factors) – kód **e** (Pfeiffer, 2014b).

Autor ještě dodává, že ke každému základnímu komponentu je vždy přidán kód, se kterým se váže přiřazení jednoho až tří kvalifikátorů, pomocí kterých je určen stupeň zdraví jedince.

1.4 Koordinovaná rehabilitace

Současné názvosloví koordinovaná rehabilitace prošlo několika vývojovými etapami v čase, během doby se měnilo i názvosloví. Prvotním názvem byla komplexní rehabilitace, potom následovala etapa ucelené rehabilitace až do současnosti, kdy je používán pojem koordinovaná rehabilitace.

Jesenský pro pojmenování ucelené pojetí rehabilitace využívá převzatého termínu komprehensivní rehabilitace a rozděluje ji na čtyři hlavní složky – rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. Tyto složky kopírují nejen její zaměření při plnění úkolů, ale také jednotlivé instituce a prostředky, které jsou v rámci ní aplikovány. (Jesenský, 1995)

Také Kolář et al. (2009) rozlišuje rehabilitaci podle charakteru využívaných prostředků do těchto oblastí: léčebná, sociální, pedagogická a pracovní. Autor tvrdí, že toto rozdělení je pouze z důvodů didaktických, ve skutečnosti rozdělení není možné z důvodu její koordinovanosti a provázanosti.

K dalšímu vývoji pojmenování koordinovaná rehabilitace se přidává Jankovský. Pouští se do polemiky s tvrzením Jesenského (1995). Domnívá se, že pojetí komprehensivní rehabilitace již neodpovídá současnému pojetí rehabilitace, která by neměla mít nejrůznější atributy (léčebná rehabilitace, pedagogická rehabilitace atd.). Mluví o tom, že bychom měli hovořit vždy jen o jednotlivých prostředcích rehabilitace (léčebné prostředky rehabilitace, pedagogické prostředky rehabilitace atd.). (Jankovský, 2014)

Čevela a Čeledová (2011b) vysvětlují rehabilitaci jako koordinovaný proces poskládaný z rehabilitace léčebné, psychologické, volnočasové, rodinné, ale také výchovné, pracovní, sociální, a nově úrazové. Léčebnou složku upřednostňují před ostatními složkami, protože ji považují za směrodatnou pro úspěšnost další navazujících procesů.

Vitoň (2015) ve svém článku upozorňuje, že rehabilitace není pouze zdravotnická činnost, ale je vnímána jako interdisciplinární obor. K tomu názoru se přidává také

Hlavničková a Fraňková (2008), které navíc k rehabilitaci připojují péči zdravotnickou, sociálně právní, pedagogicko-psychologickou.

Kolář et al. (2009) popisuje rehabilitaci jako plynulé, koordinované úsilí, optimální začlenění zdravotně postižených občanů do života. Podle autora rehabilitace zahrnuje zdravotnickou, sociální, vzdělávací, technickou, pracovní, kulturní, ekonomickou, legislativní a politickou problematiku.

Růžičková (2015) vysvětluje, že v současné době jsou přijímány dva odlišné modely ucelené rehabilitace: medicínský a speciálně pedagogický. Medicínský model je orientován především v rovině medicínské – léčebné rehabilitaci, kde primárním cílem je prevence vzniku nebo rozvoje postižení. Tento model je rozšířen převážně v nemocnicích, v rámci lázeňských pobytů a léčby.

Hádková et al. (2008) řadí do speciálně pedagogického modelu pedagogické, sociální a pracovní složky rehabilitace. Autorka zastává názor, že tento model je v České republice realizován převážně nestátními organizacemi a není součástí systému zdravotní péče.

Šťastný (2006) považuje za důležitý krok ve vývoji ucelené rehabilitace vznik oboru rehabilitační a fyzikální lékařství, který více směřuje k zajištění rehabilitace jako části zdravotní péče.

Slowík (2007) a Růžičková (2015) se shodují, že propojování léčby s výchovou a vzděláváním na našem území doznávalo až do konce 80. let minulého století. Do této doby byla snaha společnosti o rehabilitaci (znovu-uschopnění) postiženého člověka pro život v běžné společnosti pokroková, ale přinášela i řadu stinných stránek, jako např. časté umístování klientů do institucionální péče. Tímto docházelo u nás k cílené segregaci různě postižených osob. Růžičková (2015) připomíná, že se sametová revoluce v roce 1989 stala významným milníkem pro další rozvoj a upuštění od segregáčního způsobu péče, vzdělávání a rehabilitace. V nově vznikajícím demokratickém státu nastal rychlý rozvoj nestátních organizací.

Kolář et al. (2009) tvrdí, že pojem ucelená rehabilitace se používá v souvislosti s rehabilitací osob se zdravotním postižením a definuje ji, jako vzájemně provázaný, ucelený a cílený proces, jehož metou je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé

důsledky trvalého či dlouhodobého zdravotního postižení jedinců a jejich zpětné začlenění do společnosti.

Předpokladem úspěšné rehabilitace je nutnost, aby proces byl koordinovaný a plynulý (Pfeiffer et al., 2014b). Pokud systém ucelené rehabilitace funguje, plní své cíle a je dostupný určeným cílovým skupinám, je považovaný za nezbytný prostředek naplňování lidských práv (Růžičková, 2015).

Ucelenost rehabilitace spočívá také v dodržování jednotných principů:

- včasnost
- komplexnost, návaznost a koordinovanost
- dostupnost
- individuální přístup
- multidisciplinární posouzení
- součinnost (Kolář et al., 2009; Čevela a Čeledová, 2011b).

Emmerová (2012) výše uvedené principy shrnuje do dvou podmínek, které musí koordinovaná rehabilitace splňovat:

- a) dokonalá informovanost klienta o všech možnostech koordinované rehabilitace prostřednictvím ošetřujícího lékaře a jeho následný souhlas s její realizací,
- b) komplexnost, koordinovanost, včasnost, návaznost, dostupnost, individuální a psychologický přístup, opakované a závěrečné multidisciplinární posouzení, součinnost všech zúčastněných.

WHO (© 2016a) upozorňuje na skutečnost, že dostupnost rehabilitace může snížit následky nemoci nebo zranění, vylepšit zdraví a kvalitu života a zároveň snížit využívání zdravotnických služeb.

Jako dobrou investicí do budoucnosti vidí Repková a Sedláková (2011) rozvoj rehabilitace ve všech jejích oblastech, tj. léčebné, pracovní, pedagogické i sociální. Autorky se domnívají, že by tato problematika měla být zapracována do legislativy země.

Tomeš et al. (2016) vidí náplň konceptu koordinované rehabilitace obecněji, ve větším měřítku. Autor zastává názor, že dochází k podpoře nezávislosti, prosazování a obhajobě lidských práv a základních svobod včetně odstraňování a prevenci diskriminativity. WHO (2011) vyžaduje koordinaci k zajištění kontinuity péče a jejím cílem je zlepšit funkční výstupy a snížit náklady.

Odborníci v České republice již od roku 1999 volají po vzniku zákona o ucelené rehabilitaci, ale zatím stále bez úspěchu (Čevela a Čeladová, 2011b). Cílem vzniku nové zákonné právní normy je pomoc osobám zajištěním dostupnosti komplexní zdravotně sociální služby a vzdělání, které jim dopomůže k integraci na pracovní trh (Čeledová a Čevela, 2011; MPSV ČR eds, 2012). V jednáních na sebe narážejí Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (dále jen MPSV ČR) a Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR), kde je nutné nastolit vzájemnou provázanost, koordinovanost, ucelenost. Autoři se domnívají, že klíčové postavení má mít MZ ČR, které bude jako orgán odpovědné za poskytování léčebné péče a tím by mělo určovat směr poskytování rehabilitační péče pro všechny občany. Potom může MPSV ČR vstoupit do procesu a naplňovat své poslání ve složkách sociálních, pedagogických a pracovních (Čevela a Čeladová, 2011b). Nejdůležitější část dlouho diskutovaného návrhu zákona je věnována jednotlivým fázím koordinované rehabilitace, kdy je nepostradatelné zapojení všech složek koordinované rehabilitace. Návrh zákona kopíruje požadavky jednotlivých článků Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. (MPSV ČR eds, 2012)

1.4.1 Léčebná složka rehabilitace

Léčebnou rehabilitaci poskytují hlavně zdravotníci ve zdravotnických zařízeních (Jesenský, 1995; Votava et al., 2005) a většina úkolů v této složce koordinované rehabilitace je hrazena z veřejného zdravotního pojištění (Kolář et al., 2009). Oblast je upravována a usměrňována velkým množstvím právních norem, některé stojí za zmínku: zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu

činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Kolář et al., 2009).

Jankovský (2014) bere léčebnou rehabilitaci jako významnou složku koordinované rehabilitace, která je zaměřena na dvě oblasti, jimiž jsou odstranění postižení a funkčních poruch a eliminace následků zdravotního postižení. Léčebná rehabilitace je obvykle první etapou ucelené rehabilitace, se kterou se klient setkává (Votava et al., 2005).

Kolář et al. (2009) tvrdí, že léčebná rehabilitace je neopomenutelnou součástí zdravotní péče, je poskytována v nemocnicích, léčebných ústavech, v lázeňských zařízeních, ale také v ambulantním prostředí. Autor je přesvědčen, že její zahájení by mělo být, jakmile pomine stav ohrožení života pacienta. Léčebná rehabilitace je především doménou medicíny. V mnoha ohledech nalézáme spoustu aktivit, při kterých je zapotřebí interdisciplinární zaměření, jako jsou např. obory arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie. (Jankovský, 2001). Léčebná rehabilitace je zajišťována souborem odborníků – rehabilitační lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psycholog, sociální pracovník, často i logoped nebo speciální pedagog (Kolář et al., 2009). S tímto názorem se ztotožňují i Hlavničková a Fraňková (2008), když za cíl léčebné rehabilitace považují odstranění postižení, funkčních poruch včetně jejich následků, při kterém napomáhají prvky psychoterapie, arteterapie, ergoterapie a zooterapie.

Jankovský (2014) přijímá teorii Jesenského, Votavy i Pfeiffera a rozděluje léčebnou rehabilitaci na základě úrovně její poskytování na vertikální a horizontální. Autor vysvětluje, že vertikální rehabilitace vrací klientovi původní úroveň zdraví, dojde zde k úplnému uzdravení, horizontální rehabilitace má dlouhodobý charakter a řeší situaci, která má závažný a chronický průběh, který zanechává široce roztažené nůžky mezi původním a současným stavem organismu. Pokud je včasně léčebná rehabilitace zahájena, až třetina pacientů odchází do svého původního prostředí a vůbec nepotřebuje zbývající složky koordinované rehabilitace (Kolář et al., 2009).

Rozdělení terapeutických postupů a metod léčebné rehabilitace se v průběhu času liší (Jesenský, 1995; Jankovský et al., 2005; Votava et al., 2005; Kolář et al., 2009; Jankovský, 2014). Pro přehled vycházím z poznatků Jankovského (2014).

Fyzikální terapie

Výčtem metod fyzikální terapie se vzájemně Jankovský (2014), Poděbradský a Poděbradská (2009) a Zeman (2014) doplňují. Do metod fyzikální terapie podle autorů můžeme zařadit mechanoterapii (různé druhy masáží – klasická, reflexní, podvodní, vakuové terapie, kompresní terapie, ultrazvuk), elektroterapii (galvanoterapii, nízkofrekvenční, středně frekvenční a vysokofrekvenční proudy), fototerapii (UV záření, laser, biolampa), termoterapii a hydroterapii (pozitivní termoterapie – parafín, peloidy, negativní termoterapie – kryoterapie, studené obklady, kombinovaná termoterapie – střídavé nožní koupele, skotské stříky, sauna, vodoléčba – přísadové, perličkové, uhličitě, vířivé koupele či cvičení v rehabilitačním bazénu). Kolář et al. (2009) ještě zmiňuje balneoterapii, kde dochází ke spojení balneologie a lázeňského města (přírodní a minerální vody, peloidy, zřidelní plyny, klimatické a meteorologické prvky).

Do technik fyzikální terapie, konkrétně do mechanoterapie bych ráda zahrнула terapii míčkování. Tato technika vznikla v roce 1993 pro děti trpící astmatem za přispění české fyzioterapeutky Zdeny Jebavé (Bílková, © 2011 – 2016). Při míčkování dochází především k usnadnění nádechu a zadržení výdechu. Výsledky vedou k protažení a relaxaci břišních hrudních a krčních svalů, svalů pánve, páteře a pletence ramenního, k uvolnění svaloviny průdušek a k uvolnění bránice. Dlouhodobým praktikováním této techniky dochází ke zvýšení vitální kapacity plic a snížení dechových obtíží. (Nováková, 2011b). Míčkování lze použít již u dětí v kojeneckém věku a pro její aplikaci jsou nutné molitanové míčky, se kterými se pracuje technikami koulení nebo vytírání (Sikorová, 2011). Terapie se vyznačuje dlouhodobou pravidelnou činností, objektivní výsledky lze pozorovat až po několika měsících pravidelných masáží (Bílková, © 2011 – 2016). Míčkování je vhodné i jako preventivní opatření, které se mohou naučit rodiče dětí a pravidelně ho provádět (Sikorová, 2011).

Léčebná tělesná výchova (dále jen LTV)

LTV je aplikována na základě doporučení lékaře, zahrnuje diagnostickou a terapeutickou část (Marková et al., 2006). Pastucha et al. (2014) tvrdí, že LTV provádí fyzioterapeut a lze si obecně představit aktivní pohyby, dechovou gymnastiku, relaxaci

a kondiční cvičení. LTV je prováděna jako skupinová či individuální terapie ve zdravotnických, lázeňských či rekondičních zařízeních (Kalvach, 2011). Do výčtu technik a metod LTV zařadila Marková et al. (2006) také léčebné masáže (reflexní, vazivové), myoskeletární techniky (měkké techniky, mobilizace), fyzikální terapie a edukativní činnost. Jankovský (2014) však tyto techniky zmíněné Markovou řadí do fyzikální terapie. Velmi často využívanou metodou je Vojtova metoda reflexní lokomoce, která má dva základní pohybové prvky – reflexní plazení a reflexní otáčení (Jankovský, 2014).

Ergoterapie

Ergoterapie je součástí léčebné rehabilitace, která svými prostředky usiluje o zachování a využívání schopností jedince, které potřebuje pro zvládnutí svých běžných denních, pracovních, zájmových, relaxačních, volnočasových aktivit (Jelínková a Krivošíková, 2007). Ergoterapie není léčba prací a nelze ji zaměňovat ani s pojmem pracovní rehabilitace (Krivošíková, 2011). Ergoterapie je léčba smysluplnou činností, zaměstnáváním (Jankovský, 2014), která je zaměřená na soběstačnost, bezbariérovost a evaluaci bytu, motoriku, kognitivní vnímání, program dne (Svěcená a Švestková, 2014) a může být klientům poskytována skupinově nebo individuálně (Krivošíková, 2011). Oblasti smysluplného zaměstnávání dělí Krivošíková (2011) na tři okruhy:

- a) všední denní činnosti,
- b) práce a produktivní činnosti,
- c) hra a volný čas.

Animoterapie

V české literatuře neexistuje přesný a jednotný název, setkáváme se s pojmem animoterapie, zooterapie nebo animalterapie (Müller et al., 2014). Tato metoda léčebné rehabilitace má poměrně široký okruh, zahrnuje všechnu terapii, která se uskutečňuje pomocí zvířat (Jankovský, 2014). Velemínský et al. (2007) vyslovil tři kritéria dělení, která jsou stále aktuální:

- kritérium – zvířecí druh (hiporehabilitace – léčba za pomoci koně, canisterapie – využití psa, felinoterapie – pomoc kočky, ornitoterapie – využití ptactva). V této skupině lze ještě rozlišit, jaká zvířata se využívají, např. hospodářská, malá domácí, volně žijící nebo exotická.
- kritérium – metoda zooterapie (aktivity, terapie, vzdělávání a krizová intervence za pomoci zvířat)
- kritérium – forma zooterapie (jednorázová aktivita, pobytový program, zásah krizové intervence).

Animoterapie může být klientům nabízena formou individuální či skupinové terapie (Bendlová a Zikl, 2011).

Další specifické terapie (např. arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie)

V této oblasti je zřetelný jistý přesah do jiných oborů, jako jsou pedagogika, psychologie nebo umění (Jankovský, 2014).

Arteterapie je výtvarná terapie, která je poskytována individuálně či skupinově a vede ji odborník – arteterapeut (Bendlová a Zikl, 2011). Autoři rozlišují arteterapii receptivní, kdy vybrané výtvarné dílo působí na jedince, a arteterapii produktivní, která spočívá v tvůrčí činnosti – malba, kresba, modelování, keramika.

K cílům této techniky patří především sebeprožívání, uvolnění, sebevnímání, sebepoznání, růst svobody a motivace, vyjádření emocí, rozvoj fantazie, vnímání a akceptace druhých lidí, navázání kontaktů, zapojení se do skupiny (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

Muzikoterapie, terapie, která léčí pomocí hudby, zvuků a aktivit spojených a týkajících se hudby, hudebních nástrojů a zpěvu, směřuje svým významem ke stejným cílům jako arteterapie (Jankovský, 2014). Muzikoterapie usiluje o optimalizaci kvality života prostřednictvím profesionálního použití hudby a jejích prvků s jedincem, skupinou, rodinou nebo komunitou (Gerlichová, 2014). V Domově pro seniory v Kaplici se muzikoterapie nabízí klientům ve formách individuální, párové nebo skupinové terapie (Holczerová a Dvořáčková, 2013). Muzikoterapie významně přispívá k rehabilitaci

pohybových schopností, kognitivních dovedností, komunikace i psychosociálních dovedností (Gerlichová, 2014).

Další možné postupy související s léčebnými prostředky rehabilitace

Do této oblasti řadíme např. úpravu životosprávy, farmakoterapii, léčbu pomocí chirurgických zákroků, bazální stimulace, technické neboli kompenzační pomůcky (Jankovský, 2014). Při léčbě dětské obezity je nutné mít stanovený pevný program, který má pro všechny zúčastněné strany jasná, srozumitelná, realizovatelná pravidla. Důležitá je také vzájemná komunikace bez předsudků, která musí být zároveň přizpůsobena kulturně geografickému kontextu (Marinov, 2012).

1.4.2 Sociální složka rehabilitace

Sociální rehabilitace má zákonné postavení v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a ve vyhlášce MPSV ČR č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Jasně definovatelnými cíli sociální rehabilitace jsou v jedné řadě podpora soběstačnosti osoby se ZP a druhé podpora sociální integrace osoby se ZP. (Doporučený postup č. 1, 2016) Sociální rehabilitace podle Koláře et al. (2009) slouží k nácviku dovedností, které klientovi pomáhají dosáhnout maximální možnou míru samostatnosti, soběstačnosti a integraci v závislosti na jeho zdravotním postižení. Sociální prostředky rehabilitace pomáhají obecně všem osobám se zdravotním postižením bez rozdílu věku a v druhé řadě řeší problémy podle typu a druhu postižení (Jankovský, 2014; Votava et al., 2005). Votava et al. (2005) i Jankovský (2001) chápou prostředky i cíle sociální rehabilitace jako nejvíce prolínající a překrývající ostatní složky koordinované rehabilitace. Nejvyužívanějšími metodami této složky jsou: reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a akceptace (přijetí života s postižením) (Jankovský, 2001; Jankovský, 2014). Hlavními cíli podle Votavy (2005) jsou zajištění ekonomických jistot pro klienty, předpoklad pro bydlení v samostatných bytech, rozvoj zájmové činnosti, možnost sdružování a získávání informací a předpoklady pro rozvoj osobnosti. Za

jednoznačný cíl sociální rehabilitace považují Hlavničková a Fraňková (2008) udržení optimální kvality života jedince.

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je sociální rehabilitace definována v § 70 následujícím způsobem: *Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.* Je poskytována formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Podle formy poskytované služby obsahuje tyto základní činnosti:

- a) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- e) poskytnutí ubytování,
- f) poskytnutí stravy,
- g) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v § 35 blíže specifikuje jednotlivé základní služby, které jsou poskytovány klientům dle § 70 zmiňovaného zákona. Vyhláška také v § 35, odst. 2 stanovuje maximální výše úhrady za poskytované služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb. (Sociální rehabilitace § 70 a sociálně terapeutické díly § 67, 2012)

Sociální rehabilitace nemá striktně vymezen okruh uživatelů, může být poskytována nejen osobám se zdravotním postižením, ale také osobám, které ukončily léčbu drogové závislosti nebo osobám vracejícím se z výkonu trestu, či dalším uživatelům se sníženou soběstačností (MPSV ČR eds, 2015).

1.4.3 Pedagogická složka rehabilitace

Článek 33 Listiny základních práv a svobod České republiky zaručuje každému občanovi této země právo na vzdělání (Wagnerová et al., 2012).

Bruthansová a Jeřábková (2012) jsou přesvědčeny, že pedagogická rehabilitace je celoživotním procesem, kdy jejím hlavním úkolem je snaha o optimální rozvoj osob s postižením a jejich maximální integraci do společnosti. Hlavničková a Fraňková (2008) doplňují, že tento proces se věnuje výchově a vzdělání, jehož cílem je dosažení sociální, pracovní a kulturní integrace jedince. Pedagogická rehabilitace je určena osobám, které nedokáží díky svému zdravotnímu postižení dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky (Votava et al., 2005). Jankovský (2014) se domnívá, že tato složka rehabilitace má svou největší účinnost v období dětství a dospívání. Autor ale připomíná, že tento názor nelze paušalizovat, jak již bylo řečeno, k člověku je nutno přistupovat jako k jedinečnému neopakovatelnému jedinci. Pedagogická rehabilitace umožňuje diferencovat a individualizovat proces vzdělávání s ohledem na potřeby osob a jejich možnosti (Kolář et al., 2009).

Jesenský (1995) konkretizuje realizaci cílů a úkolů pedagogické rehabilitace, která používá kombinaci pedagogických, psychologických, enkulturačních, ergonomických, technických i léčebně rehabilitačních prostředků. Autor upozorňuje, že nejvýznamnější postavení mají prostředky speciálně pedagogické. Jankovský (2005) poukazuje, že speciální pedagogika využívá speciální metody, které kopírují druh a stupeň postižení. Mezi jednotlivé disciplíny oboru speciální pedagogika řadíme psychopedie (mentální postižení), somatopedie (tělesné postižení), tyflopédie (zrakové postižení), surdopedie (sluchové postižení), logopedie (porucha řeči) a etopedie (poruchy chování) (Votava et al., 2005; Jankovský, 2014). Pedagogická rehabilitace si klade za základní cíl integraci a začlenění osob se zdravotním postižením do škol a zahrnuje podpůrná opatření pro vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením, která jim napomáhají odstranit odlišnosti a zvláštnosti při jejich vzdělávání (Kolář et al., 2009). Základním kamenem úspěchu je její včasné zahájení, které souvisí s její stálostí a trváním (Bruthansová a Jeřábková, 2012).

1.4.4 Pracovní složka rehabilitace

Článek 29 Listiny základních práv a svobod České republiky stanovuje, že „*osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky, na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání*“ (Zákon č. 2/1993 Sb.)

Pracovní rehabilitace se opírá o zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášku MPSV ČR č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů (Doporučený postup č. 1, 2016).

Pracovní rehabilitace slouží a měla by zajišťovat získání a udržení vhodné pracovní pozice pro osobu se zdravotním postižením (Kolář et al., 2009). Pracovní rehabilitace slouží Úřadu práce ČR jako jedna z možných variant využití nástroje aktivní politiky zaměstnanosti pro zaměstnávání osob s jakýmkoliv znevýhodněním (zdravotním, věkovým, nízká kvalifikace, nedostatečná praxe) (MPSV ČR eds, 2013). Představuje souvislou činnost zaměřenou na získávání a udržení vhodného zaměstnání pro žadatele (MPSV ČR eds, 2015).

Pracovní prostředky rehabilitace jsou důsledně uplatňovány v rámci sociální politiky státu, kterou zajišťuje MPSV ČR a orgány jemu podřízenými, tj. Úřad práce ČR a Česká správa sociálního zabezpečení (Jankovský, 2014; Šesták, 2014).

O pracovní rehabilitaci má právo žádat každá osoba se zdravotním postižením věcně a místně příslušný úřad práce podle jejího bydliště (Informace pro osoby se zdravotním postižením v oblasti zaměstnanosti, 2009; Kolář et al., 2009; MPSV ČR eds, 2015). Tuto složku ucelené rehabilitace mají možnost využít také fyzické osoby, které jsou úřadu práce doporučeny od ošetřujícího lékaře a které jsou uznány za dočasně neschopné práce (Informace pro osoby se zdravotním postižením v oblasti zaměstnanosti, 2009). Úřad práce ČR zajišťuje pracovní rehabilitaci ve spolupráci se zaměstnavateli, vzdělávacími zařízeními, neziskovými organizacemi, lékaři a zdravotnickými zařízeními, a hradí náklady s ní spojené (Pracovní rehabilitace, 2015). Podle stavu zdravotního stavu a typu postižení klienta se zvolí některá z forem pracovní rehabilitace, např. poradenství zaměřené na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výtěžné činnosti, teoretickou i praktickou přípravu na budoucí povolání,

zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, specializované rekvalifikační kurzy apod. (Informace pro osoby se zdravotním postižením v oblasti zaměstnanosti, 2009; MPSV ČR, eds 2013; Šesták, 2014; MPSV ČR eds, 2015). Ve spolupráci se žadatelem je úřadem práce sestaven individuální plán pracovní rehabilitace, kde je popsán postup, jak bude dohodnutý cíl postupně naplňován, aby pomoc byla cílená podle jeho potřeb (Informace pro osoby se zdravotním postižením v oblasti zaměstnanosti, 2009; Kolář et al., 2009; Doporučený postup č. 1, 2016).

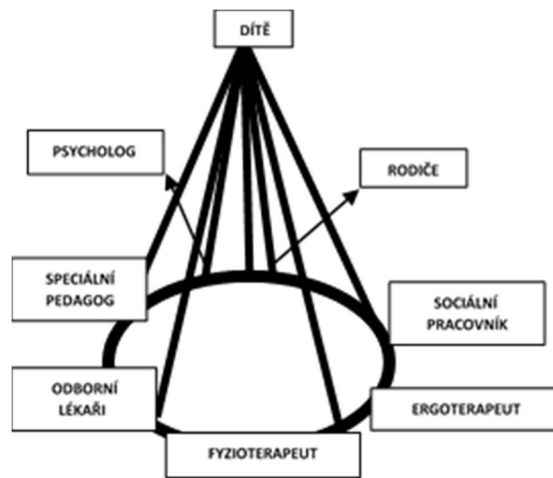
1.5 Multidisciplinární tým – kruhová podpora

Základním stavebním kamenem pro úspěšné splnění významu a poslání koordinované rehabilitace je zapotřebí týmová spolupráce odborníků (Krhutová, 2013), mezi které můžeme řadit např. sociálního pracovníka, lékaře, ergoterapeuta, klinického logopeda, speciálního pedagoga, psychologa, fyzioterapeuta, pediatra, asistenta pedagoga, dětskou sestru, osobního asistenta (Trojan et al., 2005; Jankovský, 2015) v širším pojetí i policistu nebo právníka (Kodymová, 2015a). Pro účinné plnění cílů kruhové podpory musí mít tým vysokou odbornost, profesionální pracovníky, kteří disponují lidským přístupem k práci (Pfeiffer et al., 2014a). Týmová práce musí v první řadě respektovat multidisciplinaritu oboru (Jester, 2007).

Kuzníková (2011) vnímá multidisciplinární tým jako propojení procesu sociální práce, medicíny a ošetrovatelského procesu, jehož nedílnou součástí je efektivní pomoc při řešení situace klienta v jeho celostním holistickém chápání. Týmová spolupráce zahrnuje spoluúčast naprosto odlišných vědních disciplín a odborníků, společným znakem je jednotné prostředí, klient a jeho situace (Kodymová, 2015b). Mezi prvky spolupráce řadí Kuzníková (2015) předávání si informací, vzájemné učení, plánování, shodu, delegaci úkolů, přijímání odpovědnosti, hodnocení.

Nejlepší a nejkvalitnější služby může multidisciplinární tým plnit, pokud má na klienta a jeho rodinu pohled z perspektivy 360 stupňů (Matoušková, 2015). Model kruhové podpory podle Jankovského (2015) představuje vzájemnou rovnost všech zúčastněných (rodiče, dítě, odborníci), klient je na špici pomyslné pyramidy a má symbolizovat hlavní důvod a smysl vzniku kruhové podpory – viz obrázek č. 1. V jiném modelu kruhové

podpory přiřazuje Wohlgemuth (2004) sociálního pracovníka ke klientovi a jeho rodině a pomáhá jim vysvětlit a pochopit všechny náležitosti související s děním v rámci kruhové podpory.



Obrázek č. 1 – Kruhová podpora

Zdroj: Jankovský, 2014.

S podobným názorem přichází také Barnes a Good (2013), kteří úspěch rehabilitace spatřují v roli člověka, který funguje jako styčný bod v komunikaci mezi pacientem, rodinami a pečovateli, členy rehabilitačního týmu a dalšími zapojenými subjekty. Autoři připouští, že v některých případech, je tato osoba vyčleněna mimo léčebný tým, aby byla umožněna komunikace při náročných situacích.

Na druhé straně je možno multidisciplinární tým vnímat také z pohledu zúčastněných odborníků. Svůj názor přidává Kodymová (2015a), která vnímá tým v rovinách užšího slova smyslu, kdy jsou účastni pouze odborníci s jedné organizace, a v širším slova smyslu, kdy se zapojují i odborníci, kteří přijdou s klientem do blízkého kontaktu.

Matoušková (2015) se přidává se svým názorem, že není vždycky optimální a funkční založení multidisciplinárního týmu. Autorka popisuje, že správné fungování týmu mohou negativně ovlivňovat vnější i vnitřní faktory, které specifikuje jako velikost a struktura týmu, vnitřní dynamika skupiny, spolupráce a koordinace. Matoušková (2015) doplňuje, že pokud si tým vzniklé komplikace uvědomí, dá se s nimi pracovat na základě supervize, video tréninku nebo mediací. K tomu Kodymová (2015a) dodává, že v rámci využití supervize by měla organizace zajistit externího supervizora, není

vhodné, aby supervizor byl zaměstnanec dané organizace či dokonce člen multidisciplinárního týmu.

Z pohledu klienta jde vždy o dobrovolnost a nezbytnou aktivní spolupráci, která ho vtahuje do řešení jeho situace a do procesu individuálního plánování činností a služeb, o nichž spolurozhoduje a na nichž se spolupodílí a tím tak posiluje své kompetence a aktivizuje vlastní zdroje a kapacity (Doporučený postup č. 1, 2016).

1.6 Onemocnění dýchacích cest u dětí

Onemocnění dýchacích cest u dětí je jedním z nejčastějších onemocnění (Kašák et al., 2003; Pohunek a Svobodová, 2007; Velemínský a Velemínský, ml., 2007). Autor tvrdí, že téměř dvě třetiny onemocnění dětí lze diagnostikovat jako onemocnění dýchacích cest. Projevy onemocnění dýchacích cest jsou především kašel, rýma, teploty (Velemínský, 2003; Velemínský a Velemínský, ml., 2007). Velemínský (2003) vysvětluje funkci kašle, který slouží jako obranný mechanismus dítěte před vniknutím infekce do dolních cest dýchacích nebo napomáhá z nich odstranit v případě potřeby cizí těleso. Teplota zase může signalizovat angínu, zánět hltanu, zánět hrtanu, průdušnice, průdušek, zápalu plic (Velemínský a Velemínský, ml., 2007).

1.6.1 Dýchací soustava

Dýchání patří mezi základní biologické potřeby člověka (Vytejková et al., 2013). K dýchání neboli respiraci člověku slouží dýchací a oběhové ústrojí (Nováková, 2011a). Dýchání je základní nutností k přežití, a proto oplýváme schopností volné kontroly frekvence a hloubky dechu, jinak je dýchání mimovolná činnost, na kterou nemusíme myslet (Rogers, 2011). Systém dýchání se skládá z dýchacích cest, plic a z pumpy, která zajišťuje ventilaci plic a je tvořena hrudní stěnou, dýchacími svaly a nervy, které propojují mozek s dýchacími svaly (Ganong, 2005; Grim et al., 2005).

Dýchací cesty zajišťují bezproblémovou výměnu vzduchu v plicích a tím umožňují oxysličování krve (Velemínský, 2003).

Prostřednictvím dýchací soustavy dochází k přívodu kyslíku a odvodu oxidu uhličitého (Nováková, 2011a), které nazýváme výměnou dýchacích plynů mezi zevním prostředím a plícemi (Merkunová a Orel, 2008). Tento popsaný proces nazývá Merkunová a Orel (2008) jako plicní ventilaci, která má dvě fáze: vdech, kdy vniká zevní vzduch do plic a výdech, při kterém je proces obrácený. Machová (2008) popisuje, že při vdechování člověk nasaje vzduch do plic, tím dochází k zvětšení objemu hrudníku, při výdechu je vzduch z plic vytlačován. Nasátí vzduchu neboli vdech, označujeme také jako inspiraci, výdech, vypuzení vzduchu jako expiraci (Nováková, 2011a). Hlavní dýchací sval, bránice, pohybuje hrudníkem jako píst, při vdechu se aktivně posunuje dolů a při výdechu se pasivně vrací nahoru a celý proces vdechu dokončují mezižeberní svaly (Machová, 2008). Autorka chápe výdech jako pasivní děj, který je provázen pouze svalstvem. Véle (2006) rozděluje funkční dýchací svalstvo na svaly inspirační a expirační, které při procesu dýchání spolu partnersky spolupracují. Machová (2008) konkretizuje pomocné svaly, které se podílí na dýchání, jimiž jsou svaly prsní, svaly břišní, svaly krku a svaly pletence pažního a zádového a svaly pánevního dna (Kolář et al., 2009).

Merkunová a Orel (2008) připomínají důležité funkce dýchací soustavy:

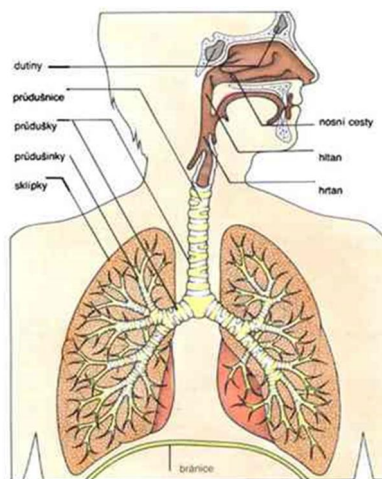
- udržování stálého pH krve
- čichové funkce – nos
- řečové funkce – hlasivky
- obranné funkce
- a další.

Hlavním úkolem dýchacích cest je zajištění bezproblémové výměny vzduchu v plicích a tím okysličení krve (Velemínský, 2003). Vdechovaný vzduch proudí dýchacími cestami (Machová, 2008). V dutině nosní se čistí, zahřívá a zvlhčuje a pokračuje dál do nosohltanu (Velemínský, 2003; Olchava, 2007). Pro měření množství vzduchu, které prochází plícemi, se používá přístroj zvaný spirometr (Nováková, 2011a).

Volná průchodnost dýchacích cest je zabezpečena obrannými mechanismy, jako jsou kašel a kýchání (Machová, 2008). Kýchání je prudká expirace, která je způsobena drážděním čichového a trojklanného nervu, a umožňuje čištění horních cest dýchacích

(Mourek, 2012). Kašel popisuje Mourek (2012) opět jako prudkou expiraci, která vzniká při dráždění bloudivého nervu, a čistí dolní cesty dýchací.

Rozlišujeme horní a dolní cesty dýchací (Čihák, 2002; Velemínský, 2003, Machová, 2008). K horním cestám řadíme nos, vedlejší dutiny a nosohltan, dolním cestám patří hrtan, průdušnice a průdušky (Čihák, 2002; Velemínský, 2003; Nováková, 2011a). Anatomie horních a dolních cest dýchací je popsána na obrázku č. 2.



Obrázek č. 2 – Anatomie horních a dolních cest dýchacích
Zdroj: Moravskoslezský kraj, © 2015.

K zajištění správné hygieny horních cest dýchacích je nutné dbát tomu, aby každé dítě zvládalo správnou techniku dobře se vysmrkat a umět správně dýchat (Sedlářová et al., 2008). Autorka ještě dodává, že správné smrkání a dýchání může být prevencí před zahleněním a chronickým postižením dýchacích cest dítěte.

V horních cestách dýchacích dochází pomocí hlasivek k tvorbě hlasu (Mourek, 2012).

1.6.2 Nejčastější onemocnění dýchacích cest u dětí a jejich léčba

Nejčastější onemocnění horních cest dýchacích

- **Rýma (akutní rinitida)**: nejčastější příčinou zánětu nosní sliznice (rýmy) bývají viry, bakterie, pyl či prach. Rýma je tvořena sliznicí nosu a zabraňuje vniknutí infekce do dolních cest dýchacích. Vodnatý sekret, který vytéká ze začátku z nosu, se postupem mění v hlenový až hnisavý. Rýma způsobuje neklidné spaní z důvodu

ztíženého dýchání a omezené průchodnosti nosu. Běžná rýma trvá zhruba týden, mohou ji doprovázet zvýšené teploty. Díky rýmě mohou vznikat komplikace např. zánět středního ucha, zánět vedlejších nosních dutin nebo zánět dolních cest dýchacích. Lékaři je doporučován klidový režim, odsávání hlenu, pokud dítě ještě nedokáže samo smrkat, péče o průchodnost nosu (nosní kapky či spreje), zajištění vlhkého a chladného vzduchu. Rýma může být způsobena i alergií např. na pyl, prach, chladný vzduch. (Volf et al., 2003; Olchava, 2007; Velemínský a Velemínský, ml., 2007; Velemínský et al., 2009; Žitníková, 2013)

- Zánět nosohltanu (akutní nosofaryngitida): bývá často spojen s rýmou, bolesti v krku, vlhkým kašlem a je vyvolán viry. Zánětlivé změny, zduření a zarudnutí nosní sliznice a nosohltanu a doprovázející rýma vyvolávají u dětí kašel. (Velemínský, 2003; Volf et al., 2003; Žitníková, 2013)
- Zánět hrtanu (laryngitida): toto virové onemocnění se vyskytuje převážně u dětí v podzimním a zimním období. Mezi hlavní příznaky řadíme šelest při výdechu, způsobený zúžením dýchacích cest, štěkavý kašel. Tyto příznaky omezují dítě hlavně v noci při spánku, kdy štěkavě kašle, dusí se, je neklidné a pláče. Dalšími příznaky mohou být chrapot až ztráta hlasu (Muntau, 2009; Velemínský, 2009; Ašenbrennerová a Vidnerová, 2010; Slezáková et al., 2010; Žitníková, 2013). První pomocí před vyhledáním lékařské pomoci je chladný a vlhký vzduch a následná lékařská prohlídka, kdy je lékařem stanoven další postup léčby, případná hospitalizace (Velemínský, 2003; Olchava, 2007).

Nejčastější onemocnění dolních cest dýchacích

- Zánět hrtanu spojený se zánětem průdušnice a průdušek (akutní laryngotracheobronchitida): typické virové onemocnění pro kojence a batolata, doprovázené dušností při nádechu i výdechu, dechovou šelestí a bolestivým dráždivým kašlem. Tento zánět má dlouhodobější charakter a je poměrně závažný. (Volf et al., 2003; Velemínský, 2009; Žitníková, 2013)
- Zánět průdušek (akutní bronchitida): virové onemocnění, pro které je charakteristickým příznakem kašel. Je z počátku doprovázeno zvýšenou teplotou, suchým dráždivým kašlem, který přechází později na kašel vlhký (Muntau, 2009).

Může mít různé formy od velmi lehkých až po dlouhotrvající závažnější průběhy. U malých dětí se může objevovat bolesti břicha, zvracení, protože nedokážou vykašlané hleny vyplivnout. Na základě výsledků vyšetření je na místě léčba antibiotiky. Je doporučen klid na lůžku, sledování tělesné teploty, zajištění vlhkého a chladného vzduchu, dostatečný přísun tekutin. Po léčbě důležitá rekonvalescence. (Petrů, 1994; Velemínský, 2003; Olchava, 2007; Pohunek a Svobodová, 2008)

- Akutní zánět průdušinek (akutní bronchiolitida): virové onemocnění je závažným onemocněním dolních dýchacích cest. Způsobený zánět způsobuje zúžení dýchacích cest a následné potíže s vydechováním. Dítě je unavené a je možné sledovat zvýšenou dechovou frekvenci i srdeční akci, která je výsledkem ztížené expirace. (Volf et al., 2003; Frey and Gerritsen, 2006; Olchava, 2007)
- Angina (tonzilitida): zánět mandlí (patrové, nosní, jazykové). Onemocnění postihuje oblast kolem kořene jazyka a patra dutiny ústní. Průvodním jevem je teplota, bolest v krku, potíže při polykání. Jedná se většinou o bakteriální onemocnění způsobené různými bakteriemi, viry, kvasinkami nebo i plísněmi. Musí se léčit antibiotiky. Je doporučen klid na lůžku po celou dobu léčení, sledování tělesné teploty, kontrola moče a sedimentace červených krvinek po dobrání léků. Důležitá je dostatečná rekonvalescence. (Petrů, 1994; Velemínský, 2003; Olchava, 2007)
- Průduškové astma (astma bronchiale): chronické onemocnění, které postihuje všechny věkové kategorie dětí. Je založeno na alergickém i genetickém podkladě. Geny určují, zda jedinec má k onemocnění sklony, vnější prostředí ovlivňuje, zda onemocnění propukne či se nevyvine. Hlavním projevem průduškového astma je zúžení dýchacích cest, omezení rychlosti nádechu a výdechu, pocitem dušnosti. Zúžení průdušek je na poslech doprovázeno vrzotem a pískotem při výdechu, často se objevuje noční kašel nebo kašel ráno po probuzení, kašel po intenzivní tělesné aktivitě, při pláči či křiku, dítě je unavené. Klíčem k úspěchu péče o nemocného je vzájemná spolupráce a komunikace rodiny, nemocného a lékaře. Hlavní roli hraje pediatr, který na základě svého zjištění, doporučuje další specializovanou diagnostiku (alergolog, dětský pneumolog, plicní lékař, v případě potřeby další specialisté). Je stanovena komplexní léčba, která má dlouhodobý charakter. (Petrů, 1994; Olchava, 2007; Pohunek a Svobodová, 2007; Velemínský a Velemínský, ml.,

2007; Kolář et al., 2009). Včasná a správná diagnostika průduškového astmatu snižuje nemocnost, nepřímo ovlivňuje náklady na zdravotní péči a stojí i za budoucí funkcí plic (Friedman, 2010). Hlavními složkami diagnostiky astmatu jsou anamnézy, fyzikální vyšetření a výběr diagnostického testu založeného na věku pacienta (Williams, 2009).

Pro onemocnění dýchacích cest platí všeobecná zásady léčení a režimová opatření:

- klid na lůžku
- chladný a vlhký vzduch v místnosti
- dostatečné množství tekutin
- důkladná a dostatečná rekonvalescence po ukončení léčby
- zákaz kouření
- není vždy nutné podávat antibiotika (Olchava, 2007).
- pravidelnost, důslednost (Velemínský a Velemínský, ml., 2007).

1.7 Lázeňská léčba

Kolář et al. (2009) vysvětluje, jak se z území stane lázeňské místo. Pokud se na daném území nachází přírodní léčebné zdroje, je toto místo na návrh MZ ČR prohlášeno prostřednictvím nařízení vlády za lázeňské místo. Problematice přírodních léčivých zdrojů, minerálních vod, lázeňských míst se podrobně věnuje zákon č. 164/2001 Sb. ze dne 13. dubna 2001 o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázní a lázeňských místech ve znění pozdějších předpisů, který je také nazýván jako „lázeňský zákon“.

Votava et al. (2005) připomíná, že lázeňská léčba má v České republice i ve střední Evropě dlouholetou tradici. Autor doplňuje, že léčba byla založena odjakživa na využívání přírodních léčebných zdrojů (léčebných vod, rašeliny, slatiny) a klimatických podmínkách, které jsou v současné době významně doplňovány nejmodernějšími prostředky léčebné rehabilitace.

Poskytování léčebně rehabilitační péče přesně vymezuje zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů, konkrétně § 33 – Léčebně rehabilitační péče, příloha č. 5 tohoto zákona, která stanovuje indikační seznam pro lázeňskou péči pro dospělé, děti a dorost, a vyhláška č. 2/2015 Sb. ze dne 23. prosince 2014 o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče ve znění pozdějších předpisů.

Pokud praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci doporučí pacientovi lázeňskou péči, musí vystavit návrh na lázeňskou péči, kde navrhne typ lázeňské péče a místo vhodné pro léčbu daného onemocnění (Svaz léčebných lázní České republika, © 2009 – 2016). Pod typem lázeňské léčby si lze představit 2 typy – komplexní lázeňská péče plně hrazená zdravotní pojišťovnou pacienta a příspěvková léčba, která je hrazena zdravotní pojišťovnou pouze částečně (Kolář et al., 2009). Po schválení návrhu na komplexní lázeňskou péči revizním lékařem zdravotní pojišťovny pacienta, je pacient přímo lázeňským zařízením osloven a předvolán do lázní, kde je uznán dočasně práce neschopným (Kašák et al., 2003). Autor dále dodává, že při schválení příspěvkové lázeňské péče je pacient také předvolán do zvoleného lázeňského zařízení s tím rozdílem, že při pobytu mu není vystavena dočasná pracovní neschopnost. Kolář et al. (2009) vysvětluje rozdíly v hrazených službách u komplexní a příspěvkové lázeňské léčby, kdy komplexním typem se rozumí, že zdravotní pojišťovna hradí veškeré náklady na léčbu, tj. lázeňskou léčbu, celodenní stravu a ubytování, při příspěvkové léčbě je zdravotní pojišťovnou hrazena pouze lázeňská léčba, stravu a ubytování si platí sám pacient. Pokud revizní lékař zdravotní pojišťovny návrh na lázeňskou léčbu neschválí, pacient může jet do lázní jako samoplátce, kdy se veškeré poskytované služby hradí sám (Svaz léčebných lázní České republika, © 2009 – 2016).

1.7.1 Lázeňská léčba dětí s onemocněním dýchacích cest dle indikačního seznamu

Pravidelné pobyty v lázních dávají mnohým dětem šanci na kvalitnější život, proto se doporučuje s lázeňskou léčbou začít do nejdříve (Svaz léčebných lázní České republika, © 2009 – 2016). Během lázeňské léčby si dětské pacienti zvyšují imunitu, snižuje se zde kontakt s alergeny a tím dochází k méně častému opakování nemocí, u nejmenších dětí vede opakovaná lázeňská léčba až k potlačení dispozic k rozvoji budoucího

onemocnění (Petruš, 1994; Velemínský a Velemínský, ml., 2007; Svaz léčebných lázní České republika, © 2009 – 2016).

Podle § 33, odst. 6, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů je dětem a dorostu do 18 let poskytována komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče, pouze na žádost rodičů je poskytována příspěvková lázeňská péče.

Tabulka č. 1 vypichuje indikační skupinu XXV – Nemoci dýchacího ústrojí z Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o děti a dorost a popisuje délku a možnost prodloužení pobytu u jednotlivých indikací této skupiny.

Tabulka č. 1: XXV – Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí

Č. indikace	Indikace	Délka pobytu	Možnost prodloužení
XXV/1	Recidivující komplikovaná otitis po operačním řešení.	28	Ano
XXV/2	Chronická bronchitís/recidivující bronchitís.	28	Ano
XXV/3	Stav po opakovaném zánětu plic v průběhu posledních 2 let.	28	Ano
XXV/4	Bronchiektasie.	28	Ano
XXV/5	Asthma bronchiale.	28	Ano
XXV/6	Stavy po operacích a traumatech horních a dolních cest dýchacích a plic s výjimkou stavů po tonsilektomii a operaci adenoidních vegetací. Stavy po operacích malformací hrudníku se sníženou funkcí plic.	28	Ano
XXV/7	Cystická fibróza. Intersticiální plicní fibróza. Sarkoidóza plic.	28	Ano

Zdroj: Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů.

Z výše uvedené tabulky č. 1 lze vyčíst, že všechny indikace lázeňské léčebně rehabilitační péče mají dobu trvání 28 dní, tj. 4 týdny a vždy je možnost prodloužení na základě návrhu lékaře příslušného zdravotnického zařízení poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče, které musí schválit revizní lékař pacientovy zdravotní pojišťovny.

Příloha III. vyhlášky č. 2/2015 Sb. ze dne 23. prosince 2014, o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče ve znění pozdějších předpisů, ve všech indikacích indikační skupiny Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí stanovuje jako lázeňská místa Janské Lázně, Jeseník, Lázně Kynžvart, Lipová – lázně, Luhačovice.

1.7.2 Lázně Luhačovice, a. s.

Internetové stránky i informační brožury Luhačovic všem představují Luhačovice jako čtvrté největší a jedny z nejkrásnějších lázní v České republice. Nalézají se v malebném údolí nedotčené přírody chráněné krajinné oblasti Bílé Karpaty, která se vyznačuje čistým ovzduším. Procházky lázněmi i pěší túry po značených turistických trasách jsou nenahraditelnou léčebnou procedurou. Jedinečné léčivé prameny řadí Luhačovice mezi nejlepší léčebné lázně v Evropě v léčbě dýchacích cest a dalších onemocnění. Osobitý charakter Luhačovic tvoří architektonicky cenné stavby a téměř dvacetihektarový lázeňský park, který prošel v roce 2014 rozsáhlou obnovou zeleně. Za architekta Luhačovic je považován slovenský architekt Dušan Jurkovič. (Lázně Luhačovice, © 2016)

Minerální prameny

Minerální prameny jako přírodní léčivé zdroje využívali lidé od pradávna k léčení nemocí a k posílení zdraví. Společnost Lázně Luhačovice, a. s. spravuje 13 hydrogenuhličitano-chlorido-sodných-jodových minerálních pramenů, které vyvěrají na území Luhačovic. Jejich teplota se pohybuje mezi 10 a 14°C. Luhačovické minerální vody jsou považovány za jedny z nejučinnějších v Evropě. Mají vysoký obsah minerálních látek a vynikající proplynění volným oxidem uhličitým. Využívají se k pitné kúře, inhalačním procedurám a k minerálním koupelím. Minerální vody pomáhají při lázeňské léčbě různých diagnóz (onemocnění dýchacího, trávicího, pohybového, oběhové ústrojí, nemoc nervové). (Lázně Luhačovice, © 2016)

Nejznámějšími léčivými prameny jsou Vincentka, Aloiska, Ottovka a Pramen Dr. Šťastného, které jsou volně přístupné veřejnosti. V září 2013 byl slavnostně zpřístupněn pramen Nový Jubilejní. Vincentka je základním inhalačním pramenem ve většině inhalatorií v České republice. Její účinek přímo z pramene je ovšem nenahraditelný. (Lázně Luhačovice, © 2016)

Indikace pro lázeňskou léčbu dětí a dorostu v Lázních Luhačovice

Na internetových stránkách Lázní Luhačovice lze zjistit, jaké nemoci dětí a dorostu podle indikačních skupin je možné zde léčit:

- XXI – nemoci onkologické
- XXIII – nemoci trávicího ústrojí
- XXIV – nemoci a poruchy výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí
- XXV – nemoci dýchacího ústrojí
- XXX – nemoci kožní (Lázně Luhačovice, © 2016).

Lázně Luhačovice léčí děti od 1,5 roku. Věk dítěte 1,5 roku umožňuje matkám absolvovat lázeňskou léčbu už v době čerpání rodičovské dovolené ještě před nástupem do zaměstnání. U malých pacientů do 6 let věku je nutné, aby s ním do lázní na komplexní lázeňskou péči přijel i průvodce. Průvodce, obvykle jeden z rodičů, doprovází své dítě na všechny procedury, aby se zaškolil v léčebné rehabilitaci svého dítěte. Osvojuje si různé rehabilitační a léčebné techniky a své poznatky uplatňuje i po návratu domů. S dítětem je také ubytován na stejném pokoji. Do 6 let věku dítěte hradí zdravotní pojišťovna plně jeho pobyt (ubytování a stravování). Se staršími dětmi mohou rodiče přijet jako samoplátci. (Dětská lázeňská péče – prim. MUDr. Jana Rydlová, 2015)

Dětské lázeňské léčebny

Ve specializovaných léčebnách Miramonti a Vítkov, kde se děti léčí a zároveň jsou zde i ubytované, mohou pobývat děti všech věkových kategorií. Nejmenší od 1,5 roku přijíždějí v doprovodu rodičů, starší děti a mládež do 18 let již samostatně. Při léčbě v dětských léčebnách se dětem věnuje tým zkušených lékařů, fyzioterapeutů a zdravotních sester. Podle předpisu lékaře jsou dětem podávány předepsané léčebné procedury. V dětských léčebnách je k dispozici malým klientům nepřetržitá služba lékaře (pediatra) a zdravotní sestry. Pro léčebný efekt lázeňského pobytu je důležitá také zdravá strava, která se dětem připravuje podle speciálního jídelníčku. Vybavení dětských léčeben vyhovuje i dětem s těžkými alergiemi. (Lázně Luhačovice, © 2016)

Poptávka po dětských léčebnách je především v hlavní sezóně velká. Ubytovací služby pro dětské pacienty se svým doprovodem plní také penzion RODINA, penzion LORETA a od jara 2016 také nově vila Vlastimila. Ostatní služby čerpají malí pacienti s doprovodem v dětské léčebně Miramonti nebo Vítkov. (Lázně Luhačovice, © 2016)

Léčebné procedury pro děti a dorost

- lékařské vyšetření (vstupní, kontrolní, výstupní),
- balneoterapie (procedury s využitím přírodní minerální vody – koupele, inhalace, pitná kúra),
- fyzioterapie,
- léčebná tělesná výchova,
- inhalační terapie,
- termoterapie, hydroterapie,
- mechanoterapie,
- elektroterapie,
- fototerapie,
- klimatoterapie,
- dietoterapie,
- a další speciální terapie dle předpisu ošetřujícího lékaře (Lázně Luhačovice, © 2016)

Školní výuka

Základní škola při dětské léčebně Luhačovice je příspěvkovou organizací, kterou zřizuje Zlínský kraj. Škola poskytuje výchovu a vzdělání dětem, které se přijíždějí léčit do lázní, dětem se speciálními vzdělávacími potřebami - zdravotně znevýhodněným, které

přijely do lázní samostatně nebo v doprovodu rodičů. Posláním školy podle školního vzdělávacího programu je zajistit návaznost školní práce, udržet a rozvíjet znalosti žáků, spojovat žáka se životem mimo zdravotnické zařízení, doplňovat komplexnost léčebného a ozdravného působení pedagogickými a psychologickými prostředky, vést žáka k rozvoji samostatnosti, komunikace a tolerance. Základní škola při dětské léčebně Luhačovice vzdělává a vychovává žáky z různých typů základních a speciálních škol, víceletých gymnázií z celé republiky. Poskytuje konzultace žákům nižších ročníků střední školy. Škola úzce spolupracuje s kmenovými školami a rodiči žáků. Pro tuto činnost má škola ustálený a odborně způsobilý pedagogický sbor. (Základní škola při dětské léčebně Luhačovice, © 2016)

Škola působí v budově dětské léčebny Miramonti, kde má 6 učeben, 2 kabinety a sborovnu pro učitele. Školní učebny jsou menší, vybaveny lavicemi pro 14 žáků a doplněny počítačovým pracovištěm, pro menší žáky hracím kobercem. Dvě učebny jsou používány jako jazyková a počítačová, v odpoledním čase jsou učebny využívány k činnosti školní družiny. (Základní škola při dětské léčebně Luhačovice, © 2016)

Pacient dětské léčebny se stává žákem školy v den příjezdu, kdy je po pohovoru s rodiči zapsán do evidence školy. Tomu předchází rozhodnutí primářky dětské léčebny a podle školského zákona je potřeba také souhlas zákonného zástupce se zařazením žáka do školy. Žáci jsou rozděleni do dvou vyučovacích bloků a jsou vyučováni 2 – 4 hodiny denně podle ročníku a zařazení. Kvůli sníženému počtu vyučovacích hodin jsou žáci vyučováni základním předmětům – český jazyk, anglický jazyk, matematika, prvouka, přírodověda, vlastivěda, zeměpis, dějepis, přírodopis, fyzika, chemie a výtvarná výchova, německý a ruský jazyk. Žáci jsou vyučováni podle pokynů z kmenových škol, škola využívá také vlastní školní vzdělávací program vypracovaný podle konkrétních podmínek školy, vzdělávacích potřeb a možností žáků. Základem vzdělávání je vždy individuální přístup. Škola se ve své činnosti organizačně i metodicky přizpůsobuje potřebám žáků. Třídní učitelé hovoří s rodiči při zápisu i odjezdu jejich dítěte z léčebny, jsou s nimi i kmenovou školou v kontaktu po celou dobu pobytu. (Základní škola při dětské léčebně Luhačovice, © 2016)

Volný čas

Volný čas zpestřují dětem besídky, karnevaly, diskotéky, koncerty, zábavná představení, výlety nebo besedy. Ke sportovním aktivitám využívají děti tělocvičnu, v létě hřiště nebo venkovní bazén. Pro nejmenší je v parku vybudováno dětské hřiště. Děti si mohou hrát v hernách, půjčují si také knihy či hry. K příjemnému posezení v zeleni i odpočinku vybízí lázeňský park, který se nachází v bezprostřední blízkosti dětských léčeben. Během lázeňské léčby se dětem bez doprovodu věnují kvalifikované vychovatelky. (Lázně Luhačovice, © 2016)

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cíle diplomové práce byly stanoveny:

- ✓ Zmapovat využívání koordinované rehabilitace v Lázních Luhačovice, a. s.
- ✓ Zjistit, jaké jsou vědomosti zdravotnického a nezdravotnického personálu dětských léčeben o koordinované rehabilitaci.
- ✓ Zjistit, jaké jsou vědomosti doprovodu dětí o koordinované rehabilitaci.

2.2 Výzkumné otázky

V diplomové práci byly položeny tyto výzkumné otázky:

- ✓ Jaké složky koordinované rehabilitace poskytují dětské léčebny pro děti s onemocněním dýchacích cest v Lázních Luhačovice?
- ✓ Proč personál (zdravotnický a nezdravotnický) dětských léčeben poskytující péči dětem s onemocněním dýchacích cest nechápe poskytovanou péči jako koordinovanou rehabilitaci?
- ✓ Proč doprovod dětských pacientů chápe poskytovanou péči jako koordinovanou rehabilitaci?

2.3 Hypotézy

Pro zpracování výzkumu byly stanoveny následující hypotézy, které budou následně potvrzeny nebo vyvráceny, popř. budou přijaty hypotézy alternativní (Ha):

- ✓ Hypotéza 1 (H1): Doprovod dětí, který byl s dítětem v lázních opakovaně, chápe péči o své dítě jako koordinovanou rehabilitaci, na rozdíl od doprovodu, který byl s dítětem v lázních pouze jednou.

- ✓ Hypotéza 2 (H2): Zdravotnický personál dětských léčeben nejvíce vnímá léčebnou rehabilitaci jako složku koordinované rehabilitace oproti personálu nezdravotnickému.
- ✓ Hypotéza 3 (H3): Doprovod dětských pacientů je nejvíce spokojen s léčebnou složkou koordinované rehabilitace oproti pedagogické a sociální složce.

3 METODIKA

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl složen ze dvou cílových skupin – personál dětských léčeben Lázní Luhačovice a na doprovod dětských pacientů, kteří se v dětských léčebnách Lázní Luhačovice léčí.

Personálu dětských léčeben jsem rozdala 30 dotazníků, vyplněných se mi vrátilo 22, což je 73% návratnost. Doprovodu jsem rozdala 60 dotazníků, vrátilo se mi 54 vyplněných, což je 90% návratnost.

Personál dětských léčeben byl ještě následně podle odpovědi č. 1 v dotazníku pro personál rozdělen na zdravotnický (lékař/ka, zdravotní sestra, fyzioterapeut/ka) – 14 (64 %) komunikačních partnerů a nezdravotnický (speciální pedagog, sanitař/ka) – 8 (36 %) komunikačních partnerů. Doprovod dětí byl podle odpovědi č. 1 v dotazníku pro doprovod rozdělen na doprovod, který byl s dítětem v lázních poprvé – 24 komunikačních partnerů a opakovaně – 30 komunikačních partnerů.

3.2 Použitá metodika a technika sběru dat

Vlastní výzkum své diplomové práce jsem prováděla kvantitativním výzkumem, metodou dotazování, technikou standardizovaného dotazníku.

V původním záměru jsem chtěla svým výzkumem zmapovat a porovnat dvě lázeňská zařízení, kam přijíždějí ke komplexní lázeňské léčbě dětské pacienty s onemocněním dýchacích cest. Jako dva výzkumné soubory jsem měla vybrané Lázně Luhačovice a Léčebné lázně Lázně Kynžvart. Plánovaný výzkum jsem měla s oběma poskytovateli

lázeňské péče předem domluvený, všem jsem poskytla maximální možnou součinnost. Bohužel v poslední fázi provádění výzkumu mi zástupce Léčebných lázní Lázně Kynžvart slíbenou spoluprací na výzkumu odmítl. Touto situací jsem se dostala do stavu, kdy jsem své stanovené cíle byla nucena orientovat pouze na Lázně Luhačovice. Z tohoto důvodu jsem oslovila personál dětských léčeben Lázní Luhačovice a doprovod dětských pacientů v Lázních Luhačovice.

Vlastní výzkum probíhal na přelomu měsíců červen a červenec 2015. Dotazníky jsem oběma cílovým skupinám rozdala osobně. Komunikační partneři mi vyplněné dotazníky vraceli postupně. Jelikož jsem byla sama jako doprovod dítěte při léčbě, měla jsem tímto zajištěnou vysokou návratnost dotazníků. Tuto možnost distribuce připouští i Disman (2007), kdy je zajištěna vyšší návratnost.

Pokud rozhodujeme, zda mezi testovanými soubory jsou statisticky významné změny, využívá se Test dobré shody – Chí kvadrát, který začíná formulací nulové a alternativní hypotézy (Chráška, 2007). Autor vysvětluje dva důležité číselné údaje, kterými jsou kritická hodnota a testové kritérium, a další postup při přijetí či odmítnutí nulové hypotézy. Kritická hodnota je stanovena statistickými tabulkami, testové kritérium, je určitá číselná charakteristika, která je vypočtena ze zjištěných dat. Porovnáním těchto dvou údajů dochází k přijetí nulové hypotézy, kdy byl zjištěn statisticky nevýznamný rozdíl mezi soubory, nebo odmítnutí nulové hypotézy, přijetí hypotézy alternativní, kdy výsledky jsou statisticky významné a nejsou způsobeny náhodným jevem (hodnota testového kritéria \geq hodnotě kritické). (Chráška, 2007)

Sestavené dotazníky, které byly určeny pro personál dětských léčeben Lázní Luhačovice a pro doprovod dětských pacientů dětských léčeben Lázní Luhačovice jsou přílohou č. 1 a č. 2. Dotazníky, které jsou skoro stejné pro dvě skupiny odlišných komunikačních partnerů, nazýváme párovými dotazníky (Průcha, 2014).

Dotazník pro personál – příloha č. 1 byl sestaven z celkem 14 otázek. Dotazník pro doprovod – příloha č. 2 byl sestaven z celkem 17 otázek. Dotazy byly pokládány formou uzavřených, polouzavřených, polytomických, filtračních otázek, pro hodnocení spokojenosti byly použity škály (Kutnohorská, 2009; Průcha, 2014).

Číselné údaje jsou interpretovány a zaokrouhleny na celá čísla, výsledky Fisherova přímého exaktního testu a Testu dobré shody – Chí kvadrát jsou zaokrouhleny na čtyři desetinná místa.

3.3 Zpracování dat

Uskutečněné dotazníkové šetření bylo vyhodnoceno a zpracováno v počítačovém programu Microsoft Office Excel, verze 2013, kde byly vytvořeny jednoduché tabulky, tabulky kontingenční a prostorové skupinové sloupcové grafy, které byly ve formátu obrázku kopírovány a vkládány do textu diplomové práce. Stanovené hypotézy byly statisticky ověřeny prostřednictvím Fisherova přímého exaktního testu a Testu dobré shody – Chí kvadrát.

3.4 Etický aspekt výzkumu

Pro zajištění všech etických aspektů výzkumu jsme pracovala zodpovědně. Na začátku provádění celého výzkumu jsem sestavené dotazníky, jak pro personál i pro doprovod měla zkontrolovat s vedoucí lékařkou dětských léčeben Lázní Luhačovice. Ta mi také povolila a maximálně vyšla vstříc s distribucí dotazníků. V záhlaví obou dotazníků je odstavec, kdy jsou obě cílové skupiny poučeny, že vyplnění dotazníků je anonymní a k jakým účelům slouží. Dále je zde zveřejněn odkaz na internetové stránky, kde bude výsledný výzkum prezentován. Touto informací je zajištěna zpětná vazba pro komunikační partnery, že jejich snaha a úsilí nebyly zbytečné a že jejich názory jsou podkladem pro diplomovou práci.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky – Dotazník pro personál

4.1.1 Popis souboru – personál

Pro bližší představení souboru – personál jsem využila odpovědi z **otázek č. 1, č. 2 a č. 5**. Tabulky jsou rozděleny do sloupců podle odpovědí zdravotnického a nezdravotnického personálu. Jako zdravotnický personál jsem označila profese lékař/ka, zdravotní sestra a fyzioterapeut/ka. Nezdravotnický personál je zastoupen speciálním pedagogem a sanitářkou. Tabulky ještě dělí personál podle délky praxe v dětských léčebnách a sleduje jejich názor na účast doprovodu dětí při lázeňské léčbě.

Otázka č. 1: V dětských léčebnách Lázní Luhačovice pracuji jako:

Tabulka č. 2: Pracovní zařazení personálu v dětských léčebnách Lázní Luhačovice

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
lékař/ka	2	14%	0	0%
zdravotní sestra	8	57%	0	0%
fyzioterapeut/ka	4	29%	0	0%
učitel/ka	0	0%	0	0%
speciální pedagog	0	0%	4	50%
vychovatel	0	0%	0	0%
sociální pracovník	0	0%	0	0%
ergoterapeut/ka	0	0%	0	0%
jiné - sanitářka	0	0%	4	50%
CELKEM	14	100%	8	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Soubor personálu je zastoupen zdravotníky v počtu 14 (64 %) komunikačních partnerů a nezdravotníky v počtu 8 (36 %). Tabulka č. 2 informuje také o procentuálním zastoupení jednotlivých profesí k celkovému počtu zdravotníků a k celkovému počtu nezdravotníků.

Otázka č. 2: V dětských léčebnách Lázní Luhačovice pracuji:

Tabulka č. 3: Délka praxe personálu v dětských léčebnách Lázní Luhačovice

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
0 až 1 rok	2	14%	2	25%
2 až 3 roky	1	7%	0	0%
4 až 5 let	0	0%	1	13%
6 let a déle	11	79%	5	63%
CELKEM	14	100%	8	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 3 popisuje délku praxe zdravotnického i nezdravotnického personálu. Nejvíce je u obou skupin zastoupena délka praxe převyšující 6 let praxe v dětských léčebnách Lázní Luhačovice.

Otázka č. 5: Jak vnímáte účast rodičů/jiného doprovodu při lázeňské léčbě dětského pacienta?

Tabulka č. 4: Vnímání účasti doprovodu dětí při lázeňské léčbě personálem, (*bylo možno označit více odpovědí)

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
přítomnost je přínosem	13	93%	5	63%
přítomnost nemá vliv na léčbu	2	14%	1	13%
přítomnost ruší léčebný proces	4	29%	0	0%
neodpověděli	0	0%	2	25%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 4 podává informaci o tom, jak personál vnímá účast rodičů či jiného doprovodu při lázeňské léčbě. U této otázky měli komunikační partneři možnost zvolit více odpovědí. Převládá odpověď u zdravotníků i nezdravotníků, že přítomnost doprovodu je přínosem při lázeňské léčbě. Objevily se ale také názory zdravotníků, kteří vnímají přítomnost doprovodu jako rušivý element při lázeňské léčbě.

4.1.2 Vnímání léčebné složky koordinované rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem

Pro přehlednější přiblížení vnímání léčebné složky koordinované rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem jsem využila odpovědi **otázky č. 4**, ze kterých jsem vytvořila tabulky 5 a) a 5 b).

Otázka č. 4: Dětským pacientům jsou nabízeny tyto léčebné procedury:

Tabulka č. 5 a): Léčebné procedury nabízené pacientům z pohledu personálu, (*bylo možno označit více odpovědí)

	zdravotníci	nezdravotníci
INHALAČNÍ TERAPIE		
inhalace Vincentky	14	8
lékové inhalace	14	8
VODOLÉČBA		
přírodní uhličitě koupele	14	8
perličkové koupele	14	8
přísadové koupele	14	7
střídavé nožní koupele	14	7
plavání v rehabilitačním bazénu	14	8
SKUPINOVÝ LÉČEBNÝ TĚLOCVIK		
cv. s výukou technik spr. dýchání	14	8
míčkování	14	8
cvičení správného držení těla	14	7
cvičení plochých nohou	14	7
INDIVIDUÁLNÍ LÉČEBNÝ TĚLOCVIK		
dech. reh. s fyzioterapeutem	13	6
masáž hrudníku	14	4
kondiční cvičení	10	2
kineziotaping	12	2
ELEKTROLÉČBA		
magnetoterapie	13	4
ultrazvuk	0	0
diatermie	0	0
FOTOTERAPIE		
biolampa	14	7
solux	9	1
KLIMATOTERAPIE		
pobyt venku	14	7
procházky	14	8
sportovní aktivity	13	8
DIETOTERAPIE		
dodr. spr. strav. a pohyb. návyků	14	6
edukace s nutriční terapeutkou	13	5
redukce váhy	13	6
PITNÁ KÚRA		
pití léčeb. minerální pramenů	14	8
ERGOTERAPIE		
nácvik kom. a soc. dovedností	1	4
nácvik použ. komp. a techn. pom.	3	2
porad. služby, instruktáže v ot. prevence vzniku komplikací	1	1
JINÉ		
jiné	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 5 a) popisuje přehled nabízených léčebných procedur dle vnímání zdravotnického a nezdravotnického personálu. V této otázce byla možnost vícero odpovědí. Jako nejvíce poskytované léčebné procedury vnímají všichni zdravotníci i nezdravotníci inhalační terapie (inhalace Vincentky a lékové inhalace), klimatoterapii, skupinový léčebný tělocvik (cvičení s výukou technik správného dýchání a míčkování), pitnou kúru. Naopak nabídka ergoterapie je vnímána pouze v malé míře.

Tabulka č. 5 b): Vnímání využívání léčebných procedur nabízených pacientům z pohledu personálu v procentuálním vyjádření, (*bylo možno označit více odpovědí)

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
INHALAČNÍ TERAPIE				
inhalace Vincentky	14	100%	8	100%
lékové inhalace	14	100%	8	100%
VODOLÉČBA				
přírodní uhličitě koupele	14	100%	8	100%
perličkové koupele	14	100%	8	100%
přísadové koupele	14	100%	7	88%
střídavé nožní koupele	14	100%	7	88%
plavání v rehabilitačním bazénu	14	100%	8	100%
SKUPINOVÝ LÉČEBNÝ TĚLOCVIK				
cv. s výukou technik spr. dýchání	14	100%	8	100%
míčkování	14	100%	8	100%
cvičení správného držení těla	14	100%	7	88%
cvičení plochých nohou	14	100%	7	88%
INDIVIDUÁLNÍ LÉČEBNÝ TĚLOCVIK				
dech. reh. s fyzioterapeutem	13	93%	6	75%
masáž hrudníku	14	100%	4	50%
kondiční cvičení	10	71%	2	25%
kineziotaping	12	86%	2	25%
ELEKTROLÉČBA				
magnetoterapie	13	93%	4	50%
ultrazvuk	0	0%	0	0%
diatermie	0	0%	0	0%
FOTOTERAPIE				
biolampa	14	100%	7	88%
solux	9	64%	1	13%
KLIMATOTERAPIE				
pobyt venku	14	100%	7	88%
procházky	14	100%	8	100%
sportovní aktivity	13	93%	8	100%
DIETOTERAPIE				
dozr. spr. strav. a pohyb. návyků	14	100%	6	75%
edukace s nutriční terapeutkou	13	93%	5	63%
redukce váhy	13	93%	6	75%
PITNÁ KÚRA				
pítí léčeb. minerální pramenů	14	100%	8	100%
ERGOTERAPIE				
nácvik kom. a soc. dovedností	1	7%	4	50%
nácvik použ. komp. a techn. pom.	3	21%	2	25%
porad. služby, instruktáže v ot. prevence vzniku komplikací	1	7%	1	13%
JINÉ				
jiné	0	0%	0	0%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 5 b) popisuje odpovědi otázky č. 4, jak zdravotnický a nezdravotnický personál vnímá využívání nabízených léčebných procedur v procentuálním vyjádření.

4.1.3 Vnímání pedagogické složky koordinované rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem

Pro přehlednější přiblížení vnímání pedagogické složky koordinované rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem jsem využila odpovědi otázek **č. 6, č. 7 a č. 8**, které se věnují oblasti plnění povinné školní docházky při lázeňské léčbě, potřebám žáků se speciálními vzdělávacími potřebami či účastí speciálních pedagogů při výuce.

Otázka č. 6: Musí všichni dětské pacienti, kteří navštěvují ZŠ ve svých domovech chodit do ZŠ při dětské léčbě?

Tabulka č. 6: Názor personálu na povinnost pacientů navštěvovat ZŠ při dětské léčbě

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
ano	14	100%	3	38%
ne	0	0%	0	0%
rozhodnutí zákonného zástupce	0	0%	5	63%
CELKEM	14	100%	8	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 6 se věnuje problematice povinnosti dětských pacientů navštěvovat ZŠ při dětské léčbě. Nejvíce zastoupen je názor, kdy dětský pacient má povinnost navštěvovat ZŠ při dětské léčbě, pokud plní povinnou školní docházku ve svém bydlišti.

Otázka č. 7: Jsou dětskými pacienty v lázních také žáci se speciálními vzdělávacími potřebami?

Tabulka č. 7: Názor personálu na přítomnost žáků se speciálními vzdělávacími potřebami při výuce na ZŠ při dětské léčebně

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
ano	12	86%	6	75%
ne	0	0%	0	0%
nevím	2	14%	2	25%
CELKEM	14	100%	8	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 7 se zabývá otázkou, zda zdravotnický a nezdravotnický personál má povědomí o tom, zda dětské pacienty, kteří navštěvují ZŠ při dětské léčebně, jsou žáky se speciálně vzdělávacími potřebami. Personál si tuto skutečnost ve velké míře uvědomuje, ale jsou komunikační partneři, kteří o tomto faktu nevědí.

Otázka č. 8: Je žákům se speciálními vzdělávacími potřebami k dispozici speciální pedagog?

Tabulka č. 8: Vnímání účasti speciálního pedagoga ve výuce personálem

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
ano	9	64%	4	50%
ne	0	0%	0	0%
nevím	5	36%	4	50%
CELKEM	14	100%	8	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 8 popisuje názor zdravotnického a nezdravotnického personálu, zda mají žáci ZŠ při dětské léčebně k dispozici speciálního pedagoga. Odpovědi nejsou zcela jednoznačné. Někteří komunikační partneři o spolupráci se speciálním pedagogem vědí, jiní o této možnosti nevědí.

4.1.4 Vnímání sociální složky koordinované rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem

Pro přehlednější přiblížení vnímání sociální složky koordinované rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem jsem využila odpovědi **otázek č. 9, č. 10 a č. 11**, které se věnují tématu nabídky volnočasových aktivit a její využívání, otázka č. 11 byla směřována na oblast rady a pomoci ve specifických oblastech (např. nárok na kompenzační či rehabilitační pomůcku, nárok na dávky sociálního zabezpečení či na sociální pomoc).

Otázka č. 9: Jaké volnočasové aktivity jsou nabízeny dětským pacientům a jejich doprovodu?

Tabulka č. 9: Názor personálu na nabízené volnočasové aktivity pro děti a jejich doprovod, (*bylo možno označit více odpovědí)

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
fakultativní výlet	14	100%	8	100%
dětský karneval	14	100%	7	88%
diskotéka	13	93%	7	88%
pohádkový les	14	100%	8	100%
půjčovna her a knih	13	93%	8	100%
dětské hřiště	13	93%	8	100%
sportovní hřiště	14	100%	8	100%
venkovní bazén	14	100%	7	88%
opékání buřtů	13	93%	4	50%
Lázeňské divadlo	13	93%	7	88%
jiné	0	0%	2	25%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 9 zachycuje názor personálu o nabízených volnočasové aktivity pro dětské pacienty a jejich doprovod, a v jakém procentuálním vyjádření jsou nabízeny. V této otázce byla možnost vícero odpovědí. Mezi nejvíce nabízené byly označeny zdravotnickým i nezdravotnickým personálem fakultativní výlet (ZOO Lešná), pohádkový les, sportovní hřiště. Mezi další nabízené volnočasové aktivity patří dětský karneval, půjčovna her a knih, dětské hřiště u Vítkova, venkovní bazén a návštěva

Lázeňského divadla. 2 odpovědi nezdravotnických pracovníků „jiné“ byly konkretizovány na výstavy a tvořivé dílny pro děti.

Otázka č. 10: V jaké míře jsou tyto volnočasové aktivity využívány?

Tabulka č. 10: Vnímání využití nabízených volnočasových aktivit personálem

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
téměř všichni	14	100%	7	88%
účast poloviční	0	0%	1	13%
nejsou využívány	0	0%	0	0%
CELKEM	14	100%	8	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 10 informuje o názoru zdravotnického i nezdravotnického personálu o využívání nabízených volnočasových aktivitách. Odpověď, že volnočasové aktivity využívají téměř všichni, je zastoupeno skoro v úplné shodě.

Otázka č. 11: Nabízí personál dětských léčeben Lázní Luhačovice pomoc či radu v těchto otázkách?

Tabulka č. 11: Názor personálu na poskytování pomoci či rady v uvedených oblastech, (*bylo možno označit více odpovědí)

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
komp. či rehab. pom.	10	71%	2	25%
dávky soc. zabezpečení	0	0%	0	0%
výhody pro zdrav. post.	0	0%	0	0%
přísp. na zdrav. post.	0	0%	0	0%
sociální poradenství	2	14%	1	13%
není poskytováno	3	21%	2	25%
neodpovědělo	0	0%	3	38%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 11 představuje názor zdravotnického a nezdravotnického personálu, zda je v uvedených oblastech pro doprovod dětských pacientů nabízena pomoc či rada. Dle

získaných odpovědí je patrné, že nejvíce je vnímáno poskytování pomoci a rady v oblasti kompenzačních či rehabilitačních pomůcek. Dále je vnímána také oblast sociální poradenství. Ve výzkumném souboru jsou i názory, že žádná pomoc ani rada nejsou poskytovány.

4.1.5 Vnímání koordinované rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem

Pro přehlednější přiblížení vnímání koordinované rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem jsem využila odpovědi **otázek č. 3, č. 12 a č. 13**, které se věnují tématu ujasnění si, jaké jednotlivé složky koordinované rehabilitace jsou dětským pacientům poskytovány, vnímání provázanosti a propojenosti lázeňské léčby.

Otázka č. 3: Které prvky koordinované rehabilitace dětské léčebny Lázní Luhačovice poskytují?

Tabulka č. 12: Názor personálu na poskytované prvky koordinované rehabilitace, (*bylo možno označit více odpovědí)

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
léčebná rehabilitace	14	100%	7	88%
sociální rehabilitace	1	7%	2	25%
pedagogická rehabilitace	0	0%	2	25%
pracovní rehabilitace	0	0%	0	0%
nevím	0	0%	1	13%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 12 poskytuje informaci o vnímání poskytovaných prvků koordinované rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem. V této otázce měli komunikační partneři možnost volby pro odpověď více možností. Tuto alternativu využil 1 zdravotník (fyzioterapeut), který uvedl, že vnímá léčebnou i sociální složku koordinované rehabilitace, u nezdravotnické profese odpověděli 2 speciální pedagogové, že vnímají vzájemně propojené tři složky koordinované rehabilitace, tj.

léčebnou, sociální a pedagogickou. Nejvíce je v obou souborech vnímána léčebná rehabilitace.

Otázka č. 12: Je poskytovaná lázeňská léčba v dětských léčebnách Lázní Luhačovice vzájemně provázaná, propojená?

Tabulka č. 13: Názor personálu na provázanost poskytované lázeňské léčby

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
ano	14	100%	8	100%
ne	0	0%	0	0%
CELKEM	14	100%	8	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 13 podává informaci o názoru zdravotnického a nezdravotnického personálu o provázanosti a propojenosti poskytované lázeňské léčby. Všichni zúčastnění komunikační partneři se domnívají, že poskytovaná lázeňská léčba je provázaná a propojená.

Otázka č. 13: Je možné v tomto smyslu chápat poskytovanou léčbu a ostatní služby v dětských léčebnách Lázní Luhačovice jako koordinovanou (ucelenou) rehabilitaci?

Tabulka č. 14: Chápání koordinované rehabilitace personálem dětských léčeben

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
ano	12	86%	6	75%
ne	2	14%	2	25%
CELKEM	14	100%	8	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 14 popisuje chápání poskytované léčby a ostatních služeb v dětských léčebnách personálem jako koordinovanou (ucelenou) rehabilitaci. Poskytované služby a léčbu jako koordinovanou rehabilitaci chápe velká míra zdravotnického

i nezdravotnického personálu. Mezi personálem se objevily také názory, které poskytované služby a léčbu jako koordinovanou nevnímají.

4.1.6 Vnímání kruhové podpory rehabilitace zdravotnickým i nezdravotnickým personálem

Pro přehlednější přiblížení vnímání kruhové podpory zdravotnickým i nezdravotnickým personálem jsem využila odpovědi **otázky č. 14**, která byla přímo konkrétně položena, zda při procesu koordinované rehabilitace v dětských léčebnách vzniká kruhová podpora.

Otázka č. 14: Vzniká při procesu koordinované rehabilitace v dětských léčebnách Lázní Luhačovice tzv. kruhová podpora – tým odborníků, který se zabývá dětským pacientem?

Tabulka č. 15: Názor personálu na vznik kruhové podpory při poskytované koordinované rehabilitaci

	zdravotníci		nezdravotníci	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
ano	7	50%	4	50%
ne	7	50%	4	50%
CELKEM	14	100%	8	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 15 popisuje názor zdravotnického a nezdravotnického personálu na vznik kruhové podpory v rámci procesu koordinované rehabilitace. Se vznikem kruhové podpory je ztotožněna přesná polovina zdravotníků a polovina nezdravotníků. Ostatní kruhovou podporu nevnímají.

4.2 Výsledky – Dotazník pro doprovod

4.2.1 Popis souboru – doprovod

Pro přiblížení souboru – doprovod jsem využila z dotazníku **otázek č. 1, č. 2, č. 3, č. 4 a č. 5**. Jednoduché tabulky mají ve svých sloupcích data s četnostmi odpovědí a procenty. Otázky se týkají počtu doprovodů, počtu doprovázených dětí jedním doprovodem, vztahem doprovodu k dítěti či dětem, věkem dětí a v poslední otázce jsem zmapovala, jakou formou má doprovod hrazený svůj pobyt.

Otázka č. 1: Jako doprovod dítěte v Lázních Luhačovice jsem:

Tabulka č. 16: Počet pobytů jako doprovod v Lázních Luhačovice

	četnost	procenta
jednou	24	44%
dvakrát	13	24%
tříkrát	11	20%
více krát	6	11%
CELKEM	54	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 16 popisuje, kolikrát se doprovod dětí zúčastnil léčebného pobytu v Lázních Luhačovice. Nejvíce je zastoupena skupina, která je v lázních poprvé. Některý doprovod byl s dítětem v lázních více jak třikrát.

Otázka č. 2: Doprovázím:

Tabulka č. 17: Počet doprovázených dětí jedním doprovodem

počet dětí	četnost	procenta
1	43	80%
2	9	17%
3	2	4%
< 3	0	0%
CELKEM	54	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 17 přibližuje, kolik dětí najednou má doprovod během svého pobytu na starosti. Z výsledků šetření vyplývá, že nejvíce je doprovázeno jedno dítě, ale nejsou výjimkou i dvě a tři děti na jednoho dospělého.

Otázka č. 3: Doprovázené dítě/děti je/jsou mým:

Tabulka č. 18: Vztah doprovodu k doprovázenému dítěti

vztah	četnost	procenta
syn/dcera	47	87%
vnuk/vnučka	6	11%
jiný vztah	1	2%
CELKEM	54	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 18 zobrazuje složení doprovodu z pohledu rodinných či jiných vztahů. Největší zastoupení doprovodu jsou rodiče, potom následují prarodiče.

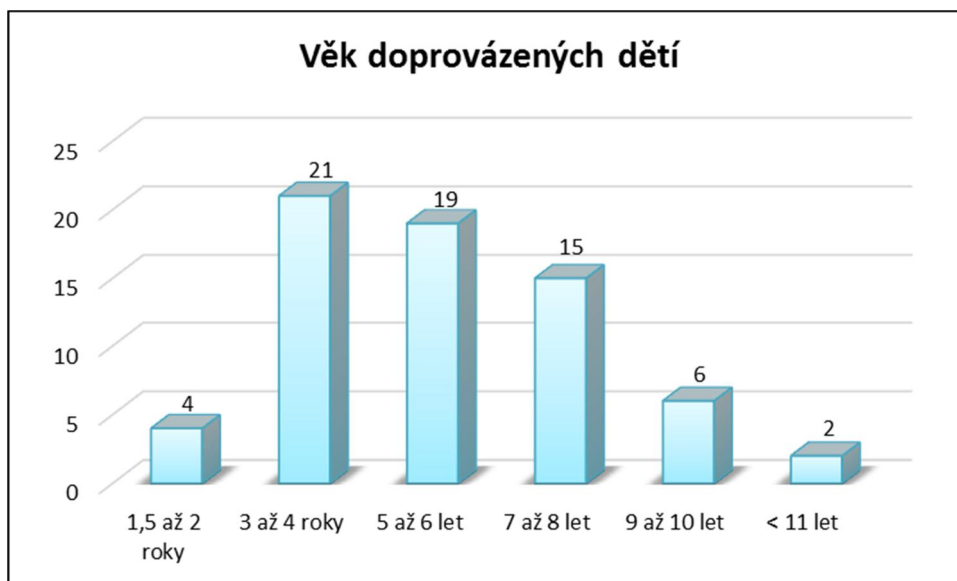
Otázka č. 4: Věk dítěte/děti je (označte prosím všechny děti, které doprovázíte):

Tabulka č. 19: Věk doprovázených dětí, (*bylo možno označit více odpovědí)

věk	četnost	procenta
1,5 - 2 roky	4	6%
3 až 4 roky	21	31%
5 až 6 let	19	28%
7 až 8 let	15	22%
9 až 10 let	6	9%
< 11 let	2	3%
CELKEM	67	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 19 podrobně vypovídá o věkovém složení a struktuře věku dětí, které se účastní lázeňského pobytu. Celkem jsem obdržela informace o 67 dětech, které se léčí v Lázních Luhačovice. Nejpočetněji je zastoupena věková skupina dětí s doprovodem ve věku 3 až 4 roky, naopak nejméně jsou to děti starší jedenácti let. Tyto informace přehledně vystihuje obrázek č. 3.



Obrázek č. 3 – Věk doprovázených dětí

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Otázka č. 5: Pobyt v Lázních Luhačovice mám hrazený:

Tabulka č. 20: Plátce pobytu doprovodu v Lázních Luhačovice

plátce	četnost	procenta
zdravotní pojišťovna	43	80%
samoplátce	10	19%
jiné	1	2%
CELKEM	54	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 20 blíže specifikuje jakou formou je hrazený pobyt doprovodu. Převládá hrazený pobyt zdravotní pojišťovnou. Mezi komunikačními partnery jsou také samoplátci.

4.2.2 Vnímání léčebné složky koordinované rehabilitace doprovodem

Pro přehlednější přiblížení vnímání léčebné složky koordinované rehabilitace doprovodem dítěte/děti jsem využila **otázek č. 6, č. 7 a č. 8**. Otázky se týkají druhu onemocnění dítěte, nabídky léčebných procedur a vyjádření spokojenosti s léčebnou složkou koordinované rehabilitace.

Otázka č. 6: Dítě se léčí s:

Tabulka č. 21: Název indikace pro lázeňskou léčbu v Lázních Luhačovice z pohledu doprovodu

onemocnění	četnost	procenta
onem. dýchacího ústrojí	41	76%
kožní onemocnění	0	0%
porucha vým. lát. a žláz s vnitř. sekrecí	0	0%
onem. trávicího ústrojí	0	0%
onkologické onemocnění	0	0%
jiné	0	0%
onem. dýchací a kožní	13	24%
CELKEM	54	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 21 představuje indikaci dětí a dorostu pro lázeňskou léčbu v Lázních Luhačovice z pohledu jejich doprovodu. Nejčastější indikací je onemocnění dýchacího ústrojí. U této otázky byla možnost více odpovědí. Z vyplněných dotazníků se dalo dobře vyčíst, že problematika dýchacího onemocnění úzce souvisí také s onemocněním kožním. Z tohoto důvodu jsem do tabulky přidala ještě jeden řádek s onemocněním dýchací a kožní.

Otázka č. 7: V rámci předepsané léčby dítě absolvuje tyto procedury:

Tabulka č. 22 a): Léčebné procedury nabízené pacientům z pohledu jejich doprovodu,

(*bylo možno označit více odpovědí)

	četnost
INHALAČNÍ TERAPIE	
inhalace Vincentky	54
lékové inhalace	23
VODOLÉČBA	
přírodní uhličitě koupele	1
perličkové koupele	53
přísadové koupele	54
střídavé nožní koupele	53
plavání v rehabilitačním bazénu	54
SKUPINOVÝ LÉČEBNÝ TĚLOCVIK	
cv. s výukou technik spr. dýchání	54
míčkování	54
cvičení správného držení těla	12
cvičení plochých nohou	23
INDIVIDUÁLNÍ LÉČEBNÝ TĚLOCVIK	
dech. reh. s fyzioterapeutem	4
masáž hrudníku	12
kondiční cvičení	1
kineziotaping	4
ELEKTROLÉČBA	
magnetoterapie	0
ultrazvuk	0
diatermie	0
FOTOTERAPIE	
biolampa	53
solux	0
KLIMATOTERAPIE	
pobyt venku	52
procházky	50
sportovní aktivity	45
DIETOTERAPIE	
dodr. spr. strav. a pohyb. návyků	5
edukace s nutriční terapeutkou	0
redukce váhy	3
PITNÁ KÚRA	
pítí léčeb. minerální pramenů	53
ERGOTERAPIE	
nácvik kom. a soc. dovedností	1
nácvik použ. komp. a techn. pom.	5
porad. služby, instruktáže v ot. prevence vzniku komplikací	1
JINÉ	
jiné	0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 22 a) poskytuje informace a přehled o léčebných procedurách, které mají možnost děti v rámci léčebné složky rehabilitace využívat a které mají naordinovány svými lázeňskými lékaři. U této otázky byla možnost více odpovědí. Všichni komunikační partneři se shodli na využívání inhalační terapie – inhalace Vincentky, vodoléčby – přísadových koupelí a plavání v rehabilitačním bazénu, skupinového léčebného tělocviku – cvičení s výukou technik správného dýchání a míčkování. Na druhé straně seznamu lze nalézt nízké využití skupinového léčebného tělocviku – dechové rehabilitace s fyzioterapeutem či kineziotapingu, vodoléčby – přírodní uhličitě koupele, individuálního léčebného tělocviku – kondičního cvičení a ergoterapie – nácvik komunikačních a sociálních dovedností, poradenské služby, instruktáže v otázkách prevence vzniku komplikací.

Tabulka č. 22 b): Vnímání využití léčebných procedur doprovodem, (*bylo možno označit více odpovědí)

	četnost	procenta
INHALAČNÍ TERAPIE		
inhalace Vincentky	54	100%
lékové inhalace	23	43%
VODOLÉČBA		
přírodní uhlíkové koupele	1	2%
perličkové koupele	53	98%
přísadové koupele	54	100%
střídávavé nožní koupele	53	98%
plavání v rehabilitačním bazénu	54	100%
SKUPINOVÝ LÉČEBNÝ TĚLOCVIK		
cv. s výukou technik spr. dýchání	54	100%
míčkování	54	100%
cvičení správného držení těla	12	22%
cvičení plochých nohou	23	43%
INDIVIDUÁLNÍ LÉČEBNÝ TĚLOCVIK		
dech. reh. s fyzioterapeutem	4	7%
masáž hrudníku	12	22%
kondiční cvičení	1	2%
kineziotaping	4	7%
ELEKTROLÉČBA		
magnetoterapie	0	0%
ultrazvuk	0	0%
diatermie	0	0%
FOTOTERAPIE		
biolampa	53	98%
solux	0	0%
KLIMATOTERAPIE		
pobyt venku	52	96%
procházky	50	93%
sportovní aktivity	45	83%
DIETOTERAPIE		
dodr. spr. strav. a pohyb. návyků	5	9%
edukace s nutriční terapeutkou	0	0%
redukce váhy	3	6%
PITNÁ KÚRA		
pítí léčeb. minerální pramenů	53	98%
ERGOTERAPIE		
nácvik kom. a soc. dovedností	1	2%
nácvik použ. komp. a techn. pom.	5	9%
porad. služby, instruktáže v ot. prevence vzniku komplikací	1	2%
JINÉ		
jiné	0	0%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 22 b) popisuje vnímání využití léčebných procedur doprovodem dětských pacientů v procentních bodech.

Otázka č. 8: Jak jste s léčebným procesem spokojen?

Tabulka č. 23: Spokojenost s léčebným procesem z pohledu doprovodu

	četnost	procenta
1	44	81%
2	9	17%
3	1	2%
4	0	0%
5	0	0%
CELKEM	54	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 23 popisuje odpovědi na otázku spokojenosti s léčebným procesem z pohledu doprovodu dítěte. Otázka byla položena ve škálové stupnici s hodnocením jako ve škole (1 – nejlepší, 5 – nejhorší). Odpovědi se pohybují v rozmezí známek jedna až tři.

4.2.3 Vnímání pedagogické složky koordinované rehabilitace doprovodem.

Pro bližší přiblížení vnímání pedagogické služby koordinované rehabilitace doprovodem jsem použila dotazníkové **otázky č. 9, č. 10, č. 11 a č. 12**. Pedagogická složka se týkala oblasti navštěvování základní školy, spokojenosti s výukou, zjištěním, zda někteří dětské pacienti patří do skupiny dětí se speciálně vzdělávacími potřebami a zda jim v tomto případě byla nabídnuta pomoc a péče speciálního pedagoga.

Otázka č. 9: Navštěvuje Vaše dítě základní školu při dětské léčbě?

Tabulka č. 24: Plnění povinné školní docházky dětským pacientem z pohledu jeho doprovodu

	četnost	procenta
ano	21	39%
ne	33	61%
CELKEM	54	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 24 vystihuje počet dětí, které navštěvují ZŠ při dětské léčbě. Otázka byla filtrační, kdy pokud odpověď zněla ANO, komunikační partner dále odpovídal na otázku č. 10, pokud NE, pokračoval odpovědí až na otázku č. 11. Ze zjištění vyplynulo, že méně než polovina dětí navštěvuje ZŠ při dětské léčbě. Ostatní děti do ZŠ nechodí.

Otázka č. 10: Jak jste spokojeni s výukou ZŠ při dětské léčbě?

Tabulka č. 25: Spokojenost s výukou v ZŠ z pohledu doprovodu, (pouze pro odpověď ANO – otázka č. 9)

	četnost	procenta
1	20	95%
2	1	5%
3	0	0%
4	0	0%
5	0	0%
CELKEM	21	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Z předchozích odpovědí na otázku č. 9 a tabulky č. 24 vyplynulo, že této otázce se zúčastnilo 21 (39 %) komunikačních partnerů, kteří svou spokojenost vyjadřovali pomocí škálové stupnice s hodnocením jako ve škole (1 – nejlepší, 5 – nejhorší). Z výsledků se dá vyčíst, že s výukou je doprovod dětských pacientů spokojen.

Otázka č. 11: Patří Vaše dítě/děti k žákům se speciálně vzdělávacími potřebami?

Tabulka č. 26: Přehled počtu dětí se speciálně vzdělávacími potřebami, které navštěvují během lázeňské léčby ZŠ při dětské léčebně

	četnost	procenta
ano	5	9%
ne	49	91%
CELKEM	54	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 26 popisuje rozdělení dětí komunikačních partnerů do skupin, zda jejich dítě je, či není dítětem se speciálně vzdělávacími potřebami. Otázka byla opět filtrační, kdy pokud odpověď zněla ANO, komunikační partner dále odpovídal na otázku č. 12, pokud NE, pokračoval odpovědí až na otázku č. 13.

Otázka č. 12: Byla Vám nabídnuta na ZŠ při dětské léčebně péče a pomoc speciálního pedagoga?

Tabulka č. 27: Vnímání nabídky spolupráce se speciálním pedagogem z pohledu doprovodu, (pouze pro odpověď ANO – otázka č. 11)

	četnost	procenta
ano	2	40%
ne	3	60%
CELKEM	5	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Z předchozí tabulky č. 26 je patrné, že 5 dětských klientů lze zařadit do skupiny žáků se speciálně vzdělávacími potřebami. Tabulka č. 27 blíže specifikuje, zda v případě speciálně vzdělávacích potřeb dítěte mu byla nabídnuta spolupráce se speciálním pedagogem. V odpovědích se vyskytly obě nabízené varianty odpovědí.

4.2.4 Vnímání sociální složky koordinované rehabilitace doprovodem

Pro zjištění vnímání sociální složky koordinované rehabilitace doprovodem jsem zpracovala odpovědi na **otázky č. 13, č. 14 a č. 15**. Zaměřila jsem se na oblast možnosti nabídky trávení volného času s její spokojeností a na zjištění specifických oblastí, ve kterých byla poskytnuta další pomoc či rada.

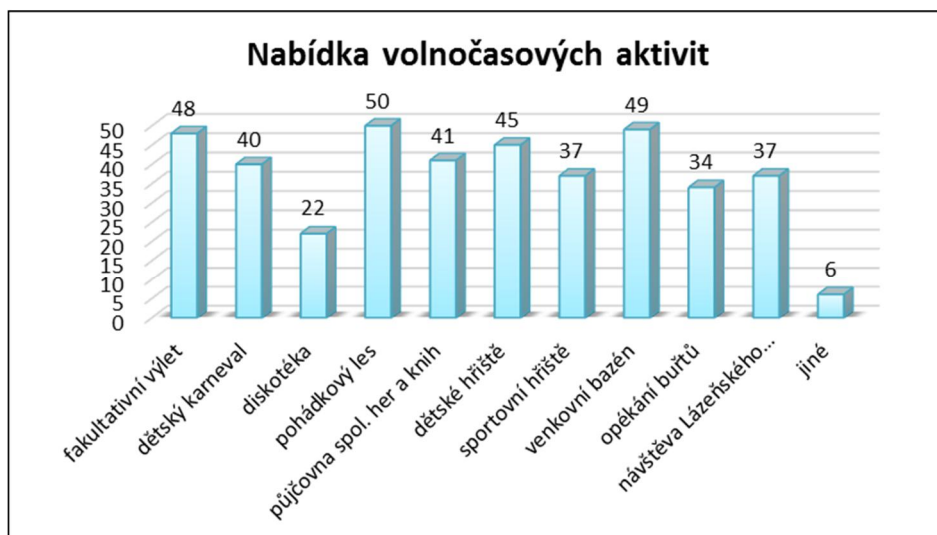
Otázka č. 13: Jaké možnosti trávení volného času jsou dětskými léčebnami nabízeny?

Tabulka č. 28: Nabídka volnočasových aktivit z pohledu doprovodu, (*bylo možno označit více odpovědí)

	četnost	procenta
fakultativní výlet	48	89%
dětský karneval	40	74%
diskotéka	22	41%
pohádkový les	50	93%
půjčovna spol. her a knih	41	76%
dětské hřiště	45	83%
sportovní hřiště	37	69%
venkovní bazén	49	91%
opékání buřtů	34	63%
návštěva Lázeňského divadla	37	69%
jiné	6	11%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 28 ukazuje počty a procentuální využití nabídky volnočasových aktivit komunikačními partnery a jejich dětmi. V této otázce byla možnost vícero odpovědí. Odpovědi jsou různorodé, mezi nejvíce využívané volnočasové aktivity patří fakultativní výlet (ZOO Lešná), dále pak pohádkový les a dětské hřiště. Do kolonky „jiné“ bylo specifikováno kino, tvořivé dílny a poskytnuté rady a tipy na výlet. Graficky je využití znázorněno na obrázku č. 4.



Obrázek č. 4 – Nabídka volnočasových aktivit

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Otázka č. 14: Jak jste s nabídkou trávení volného času spokojeni?

Tabulka č. 29: Spokojenost s volnočasovým programem z pohledu doprovodu

	četnost	procenta
1	19	35%
2	27	50%
3	8	15%
4	0	0%
5	0	0%
CELKEM	54	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 29 ukazuje spokojenost s nabídkou a trávením volného času. Hodnocení spokojenosti probíhalo pomocí škálové stupnice s hodnocením jako ve škole (1 – nejlepší, 5 – nejhorší). Spokojenost byla vyjádřena v rozmezí jedna až tři. Nejvíce byla zastoupena odpověď se známkou dvě.

Otázka č. 15: V jakých oblastech Vám byla během pobytu nabídnuta jakákoliv pomoc nebo rada?

Tabulka č. 30: Názor doprovodu na poskytování pomoci či rady v uvedených oblastech, (*bylo možno označit více odpovědí)

	pobyt 1x		pobyt opakovaně	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
komp. či rehab. pom.	12	50%	7	23%
dávky soc. zabezpečení	1	4%	1	3%
výhody pro zdrav. post.	0	0%	0	0%
přísp. na zdrav. post.	0	0%	0	0%
sociální poradenství	0	0%	0	0%
není poskytováno	9	38%	20	67%
neodpovědělo	2	8%	2	7%
CELKEM	24	100%	30	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 30 je rozdělena na doprovod, který je v lázních s dítětem poprvé a doprovod, který je zde opakovaně. Rozdělení na tyto dvě základní skupiny byl proveden na základě odpovědí na otázku č. 1. V obou skupinách je nejvíce zastoupen názor na vnímání pomoci s kompenzační či rehabilitační pomůckou. Při opakovaném pobytu je nejčastěji zastoupena odpověď, že pomoc či rada není poskytována.

4.2.5 Vnímání koordinované rehabilitace doprovodem

Pro zmapování oblasti celkového vnímání koordinované rehabilitace doprovodem mi sloužily **otázky č. 16 a č. 17**, které jsem rozdělila na doprovod, který byl se svým dítětem v Lázních Luhačovice poprvé a který tu byl opakovaně. Pro rozdělení jsem využila odpovědi otázky č. 1, kdy jsem popisovala výzkumný soubor – doprovod.

Otázka č. 16: Je poskytovaná lázeňská léčba v dětských léčebnách Lázní Luhačovice vzájemně provázaná, propojená?

Tabulka č. 31: Vnímání provázanosti poskytované lázeňské léčby doprovodem

	pobyt 1x		pobyt opakovaně	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
ano	18	75%	29	97%
ne	6	25%	1	3%
CELKEM	24	100%	30	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 31 je rozdělena na dva sloupce, které představují počty pobytů s dítětem. Provázanost lázeňské léčby si uvědomuje většina doprovodu, jak při prvním, tak při opakovaném pobytu. Z tabulky lze dále vyčíst, že opakovaným pobytem se vnímání provázanosti poskytované léčby zvyšuje.

Otázka č. 17: Je možné v tomto smyslu chápat poskytovanou léčbu a ostatní služby v dětských léčebnách Lázní Luhačovice jako koordinovanou (ucelenou) rehabilitaci?

Tabulka č. 32: Chápání koordinované rehabilitace doprovodem

	pobyt 1x		pobyt opakovaně	
	četnosti	procenta	četnosti	procenta
ano	20	83%	25	83%
ne	4	17%	5	17%
CELKEM	24	100%	30	100%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Tabulka č. 32 popisuje celkové chápání koordinované rehabilitace doprovodem, opět při rozdělení komunikačních partnerů podle frekvence pobytů. Poskytovanou léčbu a ostatní služby v dětských léčebnách Lázní Luhačovice jako koordinovanou rehabilitaci vnímá doprovod vždy stejně, ať již při prvním pobytu nebo opakovaném.

4.3 Statistické testy

Předem stanovené hypotézy H1 a H2 jsem statisticky ověřovala pomocí Fisherova přímého exaktního testu. H3 byla testována pomocí Testu dobré shody – Chí kvadrát.

Hypotéza 1: Doprovod dětí, který byl s dítětem v lázních opakovaně, chápe péči o své dítě jako koordinovanou rehabilitaci, na rozdíl od doprovodu, který byl s dítětem v lázních pouze jednou.

Pro statistický test a pro přijetí či odmítnutí stanovené hypotézy byla využita otázka č. 17 z dotazníku pro doprovod: *Je možné v tomto smyslu chápat poskytovanou léčbu a ostatní služby v dětských léčebnách Lázní Luhačovice jako koordinovanou (ucelenou) rehabilitaci?*

Pro výpočet byla vytvořena kontingenční tabulka č. 33 a použit vzorec Fisherova přímého exaktního testu.

Kontingenční tabulka č. 33 pro ověření hypotézy

pozorovaná data			
znak	doprovod 1x	doprovod opakovaně	Σ
ano	20	25	45
ne	4	5	9
Σ	24	30	54

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

$$P = 0,7740097 \doteq 0,7740$$

Zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Na této hladině významnosti je kritickou hodnotou stanovena $\chi^2_{0,05} = 3,84$.

$$P = 0,7740 < 3,84$$

Vypočtené testovací kritérium je 0,7740, což je při porovnání menší než kritická hodnota kvantilu $\chi^2_{0,05}$, proto stanovenou hypotézu na zvolené hladině významnosti nelze zamítnout, výsledek není statisticky významný.

Hypotéza 2: Zdravotnický personál dětských léčeben nejvíce vnímá léčebnou rehabilitaci jako složku koordinované rehabilitace oproti personálu nezdravotnickému.

Pro statistický test a pro přijetí či odmítnutí stanovené hypotézy byla využita otázka č. 3 z dotazníku pro personál: *Které prvky koordinované rehabilitace dětské léčebny Lázní Luhačovice poskytují?* U této otázky mohli komunikační partneři použít i více odpovědí.

Pro výpočet byla vytvořena kontingenční tabulka č. 34 a použit vzorec Fisherova přímého exaktního testu.

Kontingenční tabulka č. 34 pro ověření hypotézy

pozorovaná data			
znak	zdravotníci	nezdravotníci	Σ
ano	14	7	21
ne	0	1	1
Σ	14	8	22

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

$$P = 0,63636364 \doteq 0,6464$$

Zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Na této hladině významnosti je kritickou hodnotou stanovena $\chi_{0,05}^2 = 3,84$.

$$P = 0,6464 < 3,84$$

Vypočtené testovací kritérium je 0,6464, což je při porovnání menší než kritická hodnota kvantilu $\chi_{0,05}^2$, proto stanovenou hypotézu na zvolené hladině významnosti nelze zamítnout, výsledek není statisticky významný.

Hypotéza 3: Doprovod dětských pacientů je nejvíce spokojen s léčebnou složkou koordinované rehabilitace oproti pedagogické a sociální složce.

Pro statistický test a pro přijetí či odmítnutí stanovené hypotézy byly využity otázky z dotazníku pro doprovod č. 8: *Jak jste s léčebným procesem spokojen?*, č. 10: *Jak jste spokojeni s výukou ZŠ při dětské léčebně?* a č. 14: *Jak jste spokojeni s nabídkou trávení volného času?* – viz tabulky č. 23, č. 25 a č. 29. U těchto otázek komunikační partneři

měli možnost hodnotit spokojenost použitím škálové stupnice od 1 do 5 jako ve škole (1 – nejlepší, 5 – nejhorší). Pro srovnání spokojenosti jsem si zvolila známky 1 a 2. Znamky 3 – 5 pro znamenají pro statistické ověření nespokojenost. Odpovědi byly shrnuty do kontingenční tabulky č. 35 a rozděleny na jednotlivé složky koordinované rehabilitace (léčebná, pedagogická a sociální).

Kontingenční tabulka č. 35 – spokojenost s léčebnou, pedagogickou a sociální složkou koordinované rehabilitace

pozorovaná data				
znak	léčebná složka	pedagogická složka	sociální složka	Σ
ano	53	21	46	120
ne	1	0	8	9
Σ	54	21	54	129

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v programu Microsoft Office Excel 2013.

Pro statistické určení testového kritéria byl určen Test dobré shody – Chí test. Zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Na této hladině významnosti je kritickou hodnotou stanovena $\chi^2_{0,05} = 3,84$.

Dílčí testové kritérium χ^2 pro vnímání spokojenosti léčebné a pedagogické složky koordinované rehabilitace bylo vypočteno na $\chi^2 = 0,0026$, což je menší než kritická hodnota kvantilu 3,84.

Dílčí testové kritérium χ^2 pro vnímání spokojenosti léčebné a sociální složky koordinované rehabilitace bylo vypočteno na $\chi^2 = 0,3429$, což je menší než kritická hodnota kvantilu 3,84.

Dílčí testové kritérium χ^2 pro vnímání spokojenosti pedagogické a sociální složky koordinované rehabilitace bylo vypočteno na $\chi^2 = 0,1899$ což je menší než kritická hodnota kvantilu 3,84.

Při shrnutí vypočtených dílčích testových kritérií vyplývá, že χ^2 je vždy menší než kritická hodnota kvantilu $\chi^2_{0,05}=3,84$, proto stanovenou hypotézu na zvolené hladině významnosti nelze zamítnout, výsledek není statisticky významný.

5 DISKUZE

V první části diplomové práce se věnuji v teoretické rovině vzniku a současnému pojetí koordinované rehabilitace, nezbytnému multidisciplinárnímu týmu, vymezení pojmů dýchací soustava a její nejčastější onemocnění. V závěru teoretického vymezení obsahu práce seznamuji s možnostmi a podmínkami lázeňské léčby v České republice obecně a potom konkrétně v Lázních Luhačovice.

V původním záměru jsem chtěla svým výzkumem zmapovat a porovnat dvě lázeňská zařízení, kam přijíždějí ke komplexní lázeňské léčbě dětské pacienti s onemocněním dýchacích cest. Jako dva výzkumné soubory jsem měla vybrané Lázně Luhačovice a Léčebné lázně Lázně Kynžvart. Plánovaný výzkum jsem měla s oběma poskytovateli lázeňské péče předem domluvený, všem jsem poskytla maximální možnou součinnost. Bohužel v poslední fázi provádění výzkumu mi zástupce Léčebných lázní Lázně Kynžvart slíbenou spoluprací na výzkumu odmítl. Touto situací jsem se dostala do stavu, kdy jsem své stanovené cíle byla nucena orientovat pouze na Lázně Luhačovice.

Na začátku výzkumu byly stanoveny cíle, výzkumné otázky a zformulovány tři hypotézy, které byly statisticky testovány pomocí Fisherova přímého exaktního testu a Testu dobré shody – Chí kvadrát. Z důvodu zrušení souhlasu s výzkumem z Léčebných lázní Lázně Kynžvart, jsem oslovila pouze personál dětských léčeben Lázní Luhačovice a doprovod dětských pacientů v Lázních Luhačovice. Personál dětských léčeben, byl následně ještě rozdělen na zdravotnický a nezdravotnický, a doprovod dětí na doprovod, který byl s dítětem v lázních poprvé a opakovaně. Výzkumu se zúčastnilo 22 komunikačních partnerů – personál a 54 komunikačních partnerů – doprovod.

Kvantitativní výzkum začíná přesně definovaným předmětem zkoumání, má jasně vymezené hypotézy, které mají být na závěr potvrzeny či zamítnuty a výzkum dospívá k přesně formulovaným závěrům, které jsou podloženy číselnými údaji (Průcha, 2014). Dle Kutnohorské (2009) je hlavním úkolem kvantitativního výzkumu statistický popis typu závislosti mezi proměnnými. Vztah mezi dvěma či více proměnnými nazývá Sedláková (2014) hypotézou. Autorka blíže a srozumitelněji vysvětluje tento pojem, jako vyjádření očekávání výzkumníka na základě jeho znalostí a zkušeností. Kozel et al. (2006) popisuje, že kvantitativní sběr dat slouží pro získávání dat o četnosti výskytu jevu s výsledkem dosažení měřitelných číselných údajů. K předchozímu autorovi se

přidává také Nový (2006), který doplňuje charakteristiku kvantitativního výzkumu o další charakteristické prvky, kterými jsou frekvence výskytu a intenzita (např. míra spokojenosti či síla zájmu).

Disman (2007) popisuje dotazník jako vysoce efektivní, dokáže pojmut velké množství komunikačních partnerů při relativně nízkých nákladech. Vašítková (2014) upozorňuje, že je nutné, aby dotazník byl pečlivě sestaven. Dle jejího názoru je nutné se držet tří základních pravidel: přímost, jednoduchost a nezaujatost. Kvalitně sestavený dotazník musí mít správnou konstrukci a musí být jednoznačný právě pro určenou cílovou skupinu (Průcha, 2014). Sběr dat pomocí techniky dotazníku má několik jednoznačných plusů (Disman, 2007). Pelikán (2011) se k výhodám přidává a konstatuje, že dotazník patří k nejpoužívanějším výzkumným technikám, kdy lze o komunikačních partnerech zjistit data, ale i názory a postoje k dané problematice. Ke kladným stránkám dotazníků patří také oslovení velké skupiny komunikačních partnerů a jejich zaručená anonymita (Vašítková, 2014). Disman (2007) a Vašítková (2014) ale také upozorňují na existující častou negativní stránku sběru dat dotazníky, což je nízká návratnost.

Kutnohorská (2009) považuje za stěžejní u kvantitativního výzkumu vytvoření a pečlivé zpracování čísel ve formě tabulek, diagramů či grafů. Podle Kozla et al. (2011) tabulky poskytují důležitý přehled o číselných nebo textových hodnotách, grafy zachycují a porovnávají větší množství dat, umožňují lepší orientaci než tabulka, která je ovšem základním stavebním kamenem grafu. Průcha (2014) ve svém přehledu vypichuje přednosti kvantitativního výzkumu, které spočívají především v možnosti testování stanovených hypotéz, v rychlém sběru dat a možnosti jeho zpracování pomocí počítačového programu.

Fisherův přímý exaktní test někteří autoři nazývají také jako Fisherův faktoriálový test (Mrkvička, Petrášková, 2006; Procházka, 2015) či Fisherův kombinatorický test (Chráška, 2007). Tento test je možno využít pro testování hypotéz s použitím tabulek s malými četnostmi (Mrkvička, Petrášková, 2006; Zvára 2013), kdy nelze použít Test dobré shody (Chráška, 2007).

Stanovené hypotézy na zvolené hladině významnosti nelze zamítnout, výsledek není statisticky významný.

Jak již bylo řečeno a na některých předchozích stránkách napsáno, onemocnění dýchacích cest je jedním z nejčastějších onemocnění v dětském věku. Astma a jiná alergická onemocnění zaznamenaly v posledních výzkumech výrazný vzestup především ve vyspělých, bohatých zemích (Bizmark, et al., 2016) K tomuto tvrzení se také přidává Doležalová (2015) a ještě rozděluje věk onemocnění u dětí na dvě etapy: 6 – 12 měsíců, kdy je ještě nedostatečná tvorba imunitních látek, a třetí rok věku života dítěte, která je spojena s nástupem do mateřské školy. Tabulka č. 21 tuto tezi potvrzuje, 76 % komunikačních partnerů odpovědělo, že jejich dítě trpí onemocněním dýchacího ústrojí.

Pastucha et al. (2015) přibližuje, že v případě schválení lázeňského pobytu revizním lékařem zdravotní pojišťovny pojištěnce, je pobyt plně hrazen zdravotní pojišťovnou včetně doprovodu u dětí do 6 let (komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče – vždy v dětském věku). Autor dále doplňuje, pokud má pacient požadavek na nadstandardní ubytování, zdravotní pojišťovna hradí náklady na léčení, ubytování a stravování ve standardní úrovni, výši nákladů za nadstandard si hradí pacient sám. Z provedeného výzkumu vyplývá a tabulka č. 20 popisuje, že 80 % doprovodu dětí má ubytování a stravování hrazeno zdravotní pojišťovnou pojištěnce, 19 % komunikačních partnerů si pobyt hradí jako samoplátce, z důvodu, že již doprovází dítě starší 6 let. Z vlastní zkušenosti vím, že dochází také k situaci, kdy zdravotní pojišťovna schválí doprovod pro dítě starší 6 let, např. když má odklad povinné školní docházky, ale jen na 14 dní, na tzv. adaptaci. Po 14 dnech musí doprovod dítě nechat v lázeňském procesu samotné, nebo si doplatit pobyt jako samoplátce. Podle mého názoru, je úhrada 14 dnů na adaptaci dítěte celkem bezvýznamná, protože dítě prvních 14 dní bydlí se svým doprovodem, který ho má na starosti 24 hodin denně, absolvuje s ním veškeré léčebné procedury a další aktivity, které souvisí s lázeňským pobytem a po 14 dnech je dítě přesunuto mezi ostatní děti, které jsou v lázních již bez doprovodu. Myslím si, že toto řešení je kontraproduktivní. Buď je dítě schopno lázeňský pobyt, který trvá 28 dní, absolvovat samo, nebo si rodiče celý pobyt případně polovinu zaplatí. Přesouvat dítě, zařazovat ho do kolektivu uprostřed lázeňského procesu, mi nepřijde jako přínosné.

K této problematice je vhodné také zmínit tabulku č. 19, kde je podrobně popsán věk dětí. Nejpočetněji (31 %) zastoupenou skupinou dětí je věk právě 3 – 4 roky, který patří dle Doležalové (2015) ke druhé věkové etapě, nejčastějších nemocí. Z obrázku č. 3 je patrné, že právě největší zastoupení léčených dětí je ve věku 1,5 roku až 6 let, kdy je

komplexní lázeňská léčba dítěte plně hrazena včetně doprovodu zdravotní pojišťovnou. Vyjádřeno v konkrétních číslech je to 44 dětských pacientů ve věku 1,5 roku do 6 let oproti 23 ve věku od 7 a více let.

Vnímání léčebné složky koordinované rehabilitace

Pastucha et al. (2015) tvrdí, že v současné době se v moderních dětských léčebnách pracuje na vysoké odborné úrovni v medicínské rovině a využívají se nynější fyzioterapeutické a další léčebné postupy. Rydlová (2008) souhlasí a zároveň dodává, že rehabilitace dětí v Lázních Luhačovice je v dnešní době vedena zkušenými, vysokoškolsky vzdělanými fyzioterapeuty a je zaměřena na individuální rehabilitaci. Nečasová (2004) se k názorům přidává a doplňuje je o závěr, kdy vedle farmakologické léčby léčba dětí v lázních ovlivňuje jejich komplexní léčbu diagnostikované nemoci. V článku autorka popisuje, že pozitivní účinky přírodních léčivých zdrojů se v lázeňském prostředí kombinují s pohybovou léčbou, masážemi, elektroléčbou, psychoterapií, dietními opatřeními. Neopomenutelná je také edukace, kdy rodiče s dítětem stanovené postupy a opatření dodržují v domácím prostředí. Zeman (2009) je toho názoru, že úkolem kvalifikovaného fyzioterapeuta má být nejen dobře provedená terapie, ale důležitým prvkem se stává také edukace klienta, který je namotivován správným směrem, jak dál sám provádět následnou fyzioterapii.

Vedoucí lékařka, primářka dětských léčeben Rydlová (2008) zdůrazňuje význam klimatoterapie během pobytu v Luhačovicích. Domnívá se, že patří mezi základní pilíře lázeňské léčby a chápe ji jako léčení pobytem na místě, jehož podnebí má mimořádně příznivé nebo léčivé účinky. Autorka tvrdí, že Luhačovice mají rozmanitý charakter podnebí od nížiny až po podhůří, kde významnou roli hrají lesy, které zabraňují vysoušení místního vzduchu. Za cíl balneoterapie a lázeňské léčby považuje Pastucha et al. (2015) maximální, účelné a efektivní využívání přírodních léčivých zdrojů a zároveň uvedení organismu pomocí vhodné rehabilitace do stavu, ve kterém dokáže naplno využít svoje samoregulační a samoléčící schopnosti a navrácení jeho optimální funkce. Petru (2006) zaujímá postoj, kdy jako součást klimatické léčby považuje lázně, dotvářející komplex léčebných opatření.

Na tomto místě bych ráda zmínila výsledky svého výzkumu, jednak z pohledu doprovodu dětí a na druhé straně z pohledu personálu. Doprovod dětí vnímá využití léčebných procedur v plné míře (100 %) u inhalace Vincentky, přísadových koupelí, plavání v rehabilitačním bazénu, cvičení s výukou technik správného dýchání a míčkování (tabulky č. 22a) a 22b). Je zde patrné, že tyto procedury jsou pro všechny dětské pacienty stejné, ostatní jsou individuálně plánované dle předepsaného léčebného plánu ošetřujícím lékařem. Klimatoterapii – pobyt venku, procházky, sportovní aktivity nevnímají všichni jako léčebnou proceduru a tudíž součást léčby. Pouze 96 % komunikačních partnerů si tuto skutečnost uvědomuje. Tento výsledek by mohl vést k lepší osvětě doprovodu, že opravdu i vzduch léčí. Vnímání využití nabídky léčebných procedur z pohledu zdravotnického personálu je jiný a výrazně vyšší (tabulka č. 5b). Inhalační terapii, vodoléčbu, skupinový léčebný tělocvik, pitnou kúru vnímají všichni jako v plné míře využívanou (100 %).

Vnímání pedagogické složky koordinované rehabilitace

Jankovský (2014) i Pfeiffer et al. (2014a) se vzájemně doplňují a připisují pedagogické složce koordinované rehabilitace úzké spojitosti se speciální pedagogikou a psychologíí, čímž má nezastupitelný význam i značně široký záběr při poskytování koordinované rehabilitace. Vítková (2014) uvádí, že snahou speciální pedagogiky je umožnění jedincům se zdravotním postižením plnohodnotně se účastnit předškolní i školní výuky, společenského života a dalších aktivit, které souvisejí s integrací do společnosti. Souhlasím s výrokem Vítkové a zároveň se domnívám, že na základě provedeného výzkumu je dětským pacientům, kteří ve svých domovech plní povinnou školní docházku, umožněno chodit do základní školy při dětské léčebně. Toto také potvrzují odpovědi doprovodu dětí. Uvedli, že 21 komunikačních partnerů své děti do ZŠ při dětské léčebně posílá a v hodnocení spokojenosti bylo na výbornou spokojeno 20 komunikačních partnerů a 1 odpověď obsahovala známku chvalitebně (tabulky č. 24 a č. 25). 5 komunikačních partnerů odpovědělo, že jejich dítě potřebuje pomoc speciálního pedagoga, ale pouze 2 byla tato pomoc nabídnuta (tabulky č. 26, 27). Myslím si, že k této situaci došlo především proto, že výzkum byl proveden na přelomu měsíců červen a červenec, když už doprovod, potažmo rodiče, v závěru školního roku školní povinnosti úplně neřadí na první místo žebříčku hodnot při lázeňském pobytu.

Domnívám se, že pokud by byl výzkum proveden například někdy uprostřed školního roku, zákonní zástupci by si více hleděli možnosti využití speciálního pedagoga. Ve druhém výzkumném souboru z odpovědí vyplývá, že si personál uvědomuje a vnímá, že mezi dětskými pacienty jsou žáci se speciálními vzdělávacími potřebami a že mají v ZŠ při dětské léčbě speciální pedagogy (tabulka č. 7 a č. 8).

Vnímání sociální složky koordinované rehabilitace

Sociální rehabilitaci chápe Francová (2014) jako jednu ze složek koordinované rehabilitace. Autorka popisuje, že tato složka se orientuje na podporu fungování člověka v běžném životě. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů zahrnuje tyto základní činnosti, které bychom mohli zahrnout do poskytovaných služeb v dětských léčebnách v Lázních Luhačovice:

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (nabídka možnosti trávení volného času)
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (např. informace o možnostech získávání rehabilitační či kompenzační pomůcky, informace o nároku na dávky sociálního zabezpečení, o příspěvek pro zdravotně postižené).

V obou sestavených dotaznících měli komunikační partneři prostor na vyjádření svých názorů na poskytování sociální rehabilitace v dětských léčebnách Lázní Luhačovice. Nejvíce vnímá personál tyto nabízené volnočasové aktivity (tabulka č. 9): fakultativní výlet (ZOO Lešná), dětský karneval, pohádkový les, sportovní hřiště, dětské hřiště, venkovní bazén, půjčování her a knih. Názor na jejich využívání zobrazuje tabulka č. 10. 71 % zdravotníků a 25 % nezdravotníků je přesvědčeno, že dětské léčebny nabízí pomoc či radu v otázkách nároku na kompenzační či rehabilitační pomůcku, 14 % zdravotníků a 25 % nezdravotníků odpovědělo, že je během pobytu poskytováno také sociální poradenství (tabulka č. 11). Děti s doprovodem je v největší míře využíván pohádkový les 93 %, venkovní bazén 91 %, fakultativní výlet (ZOO Lešná) 89 % a dětské hřiště 83 % (tabulka č. 28, obrázek č. 4). S pomocí či radou o nároku na kompenzační či rehabilitační pomůcku se během pobytu v lázních setkala 35 % komunikačních partnerů a 4 % byla poskytnuta pomoc týkající se dávek sociálního

zabezpečení. Více jak polovina komunikačních partnerů z řad doprovodu se s radou či pomocí nesešla (tabulka č. 30). Z vlastní zkušenosti a dle mého názoru se domnívám, že většina dětských pacientů už do lázní přijíždí se svými diagnózami a svou upravenou farmakoterapií, kterou lázeňský ošetřující lékař respektuje a pouze v nejnútnejších akutních případech upravuje. Dětské pacienti už od svých pediatrů či jiných odborných lékařů mají doporučení na kompenzační či rehabilitační pomůcky (např. inhalátor, dýchací masku, aj.). Při lázeňské léčbě bývá personálem upravována či zlepšována edukace, jak s těmito pomůckami zacházet při domácím používání. Co se týká využití volného času, jsou volnočasové aktivity opravdu v hojné míře využívány. Ne každý dospělý, který je tu s dítětem, má zde k osobní potřebě auto. Děti mají celé dopoledne a dvakrát odpoledne léčebné procedury, školáci i školní povinnosti, odpolední náplň volného času, který organizují erudovaní pracovníci, určitě všem vyhovuje.

Vnímání koordinované rehabilitace

Nečasová (2004) ve svém článku popisuje, že při lázeňském pobytu je každému dětskému pacientovi sestaven individuální léčebný plán, kde na organismus nepůsobí pouze jediná procedura, ale navzájem se doplňují a ovlivňují, lze tedy tvrdit, že lázeňská léčba je komplexní, sestavena přesně podle individuálních potřeb dítěte. Podle mého názoru lze do léčebného individuálního plánu zařadit také pedagogickou i sociální složku rehabilitaci a tím se dětský pacient ocitá v koloběhu koordinované rehabilitace, kdy jednotlivé procesy na sebe navzájem působí a ovlivňují se ve prospěch dětského pacienta. Příklad z druhé strany života popisuje Petruš (2006), například léčba astma bronchiale je nejčastějším chronickým onemocněním dětí a představuje nemalou lékařskou, sociální i ekonomickou zátěž pro nemocného, jeho rodinu, ale také pro celou společnost z několika různých hledisek: absence ve škole, absence v zaměstnání, přímé náklady na léčebně-preventivní péči. Domnívám se, že nyní je tu úloha pro koordinovanou rehabilitaci, která by měla dítěti i jeho rodině pomoci zvládnout tyto situace – nemoc, absence ve škole a zaměstnání, další vedlejší náklady na léčbu a prevenci onemocnění. Na tomto místě stojí za uvedení opět několik číselných údajů z výzkumu. Chápání provázanosti poskytované lázeňské léčby je 87 % z pohledu doprovodu (tabulka č. 31) a 100 % u personálu (tabulka č. 13). Odpovědi na následnou otázku, možnost chápání poskytované léčby a ostatních služeb v dětských léčebnách se

rozcházejí. U personálu tyto služby vnímá jako koordinovanou rehabilitaci 86 % zdravotníků a 75 % nezdravotníků (tabulka č. 14), u doprovodu je to 83 % (tabulka č. 32). Rozdílnost názorů u otázek o provázanosti a koordinované rehabilitaci spatřuji v tom, že personál obecně nemá vědomosti o koordinované rehabilitaci, o možnostech její realizace. Zaměřuje se pouze na svou dílčí složku, kterou pacientovi poskytuje nebo si uvědomuje převážně jen tu léčebnou, která při lázeňské léčbě dominuje (viz tabulka č. 12). Domnívám se, že doprovod také vědomosti nemá, ale vnímá koordinovanou rehabilitaci svého dítěte mnohem intenzivněji, protože je s ním 24 hod. denně po celou dobu pobytu v lázních.

Pastucha et al. (2015) ve svém článku připomíná zajímavý názor, že pro dítě má být lázeňská péče odměnou, ne trestem, dítě by mělo vědět, proč v lázních je, neměla by to pro něj být traumatizující událost. Dále objasňuje cíl personálu, kterým je pomoci dítěti i rodičům, aby nemělo pocit pacienta, ale naopak, aby se dokázalo co nejlépe zařadit do běžného života dítěte jeho věku.

Vnímání kruhové podpory

Barnes a Good (2013) si uvědomují úspěch koordinované rehabilitace v člověku, který se stává významným bodem, prostředníkem či zprostředkovatelem jednotlivých složek koordinované rehabilitace. V této roli nastupuje umění komunikovat, které nás provází celým profesním životem. V komunikaci se můžeme cíleně zdokonalovat a uvědomovat si chyby, které děláme. Komunikujeme ve 4 rovinách:

- komunikace s rodinou pacienta
- komunikace s kolegy, často specialisty a odborníky
- komunikace se spolupracovníky uvnitř malé medicínské jednotky
- komunikace s veřejností odbornou i laickou. (Seifertová, 2016)

Při lázeňské péči je důležitý komplexní přístup nejen k pacientovi, ale i jeho celé rodině (Pastucha, et al., 2015). Zeman (2009) připomíná, že celostní (holistický) pohled na člověka, pacienta, klienta je na prvním místě každého pracovníka v oboru. Dončevová et al. (2016) na základě výsledků svého provedeného projektu potvrzuje potřebu blízké

spolupráce mezi fyzioterapeuty, ergoterapeuty, logopedy a zároveň potřebu kontinuity a ujednocení poskytované terapie. Jester (2007) upozorňuje, že týmová práce musí v první řadě respektovat multidisciplinaritu oboru.

Na oblast vnímání kruhové podpory byl dotazován jen personál dětských léčeben, protože se domnívám, že tato znalost patří do odborných výrazů úzce specifikovaných právě pro koordinovanou rehabilitaci. Kruhovou podporu během lázeňského pobytu u dětí vnímá 50 % personálu zdravotnického i 50 % personálu nezdravotnického (tabulka č. 15). U položené otázky v dotazníku byl i obrázek č. 1, který sloužil pro přiblížení, znázornění a ujasnění, zda při procesu koordinované rehabilitace v dětských léčebnách Lázní Luhačovice vzniká kruhová podpora. Myslím si, že personál, který vnímá dětského pacienta z holistického pohledu, potom vznik kruhové podpory vidí, pokud se personál orientuje pouze na svou složku poskytované rehabilitace a tímto směrem vede i dítě, potom kruhová podpora vnímána není. Z mého pohledu v dětských léčebnách Lázní Luhačovice kruhová podpora vzniká, sice s menším počtem účastníků, než je třeba znázorněno na obrázku č. 1. Do komplexního lázeňského procesu, který se týká dítěte, zasahuje ošetřující lékař, fyzioterapeut, zdravotní sestra, speciální pedagog, nutriční terapeut a součástí týmu jsou také rodiče, nebo doprovod dítěte.

6 ZÁVĚR

Téma diplomové práce se zaměřuje a mapuje koordinovanou rehabilitaci dětí s opakovaným onemocněním dýchacích cest v dětských léčebnách Lázní Luhačovice.

Určené cíle, které spočívaly ve zmapování využívání koordinované rehabilitace v Lázních Luhačovice, a. s. a zjištění, jaké jsou vědomosti zdravotnického a nezdravotnického personálu dětských léčeben a doprovodu dětí o koordinované rehabilitaci, byly splněny. Výzkumné otázky byly prostřednictvím diskuze postupně zodpovězeny, provedeným výzkumem a mým vlastním názorem podpořeny.

Kvantitativním výzkumem bylo zjištěno, že zdravotnický i nezdravotnický personál dětských léčeben Lázní Luhačovice se zaměřuje pouze na svou dílčí složku koordinované rehabilitace, kterou pacientovi poskytuje. Personál si především uvědomuje léčebnou rehabilitaci, která při lázeňské péči vystupuje do popředí. Na druhé straně doprovod dětských pacientů vnímá provázanost poskytované péče ve všech jejích směrech. Tuto skutečnost si vysvětlují tím, že je s dítětem 24 hod. denně po celou dobu pobytu v lázeňském zařízení a je tedy součástí celého lázeňského procesu a vnímá koordinovanou rehabilitaci z druhé strany, než ji vnímá personál dětských léčeben.

V dětských léčebnách Lázní Luhačovice dle mého názoru proces koordinované rehabilitace probíhá, jednotlivé složky se vzájemně prolínají a doplňují. Není pouze naplněna skutečnost v teoretické rovině, kdy by si personál uvědomoval, že jsou součástí koordinované rehabilitace a často i článkem multidisciplinárního týmu.

Vyslovené závěry mohou sloužit nejen pro vedení dětských léčeben v Lázních Luhačovice, ale mohou být zobecněny pro ostatní lázeňské poskytovatele, kteří se zaměřují na léčbu opakovaného onemocnění dýchacích cest u dětí. Přínos vidím ve zlepšení osvěty a informovanosti personálu o koordinované rehabilitaci.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AŠENBRENEROVÁ, I. a A. VIDNEROVÁ, 2010. *Co dělat, když dítě* 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 222 s. ISBN 978-80-204-2225-5.
2. BARNES, P., M. and GOOD, C., D., 2013. *Neurological Rehabilitation*. 1st Edition. Amsterdam: Elsevier B. V. 680 pages. ISBN 9780444529015.
3. BENDLOVÁ, P. a P. ZIKL, 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-3854-3.
4. BÍLKOVÁ, I., © 2011 – 2016. *Míčkování (míčková facilitace) dle Zdeny Jebavé*. [online]. FYZIOklinika fyzioterapie s.r.o. [cit. 2016-07-24]. Dostupné z: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/mickovani-mickova-facilitace-dle-zdeny-jebave>
5. BIZMARK, S. R., 2016. Reduced Asthma susceptibility from early childhood exposure to residing in developing country. *Pediatr Allergy Immunology*. [online]. 2016 Aug 10. [cit. 2016-08-01]. doi: 10.1111/pai.1262410. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pai.12624/full>
6. BRUTHANSOVÁ, D. a V. JEŘÁBKOVÁ, 2012. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, v.v.i. 73 s. ISBN 978-80-7416-102-5.
7. ČELEDOVÁ, L. a R. ČEVELA, 2011. Koordinovanost ucelené rehabilitace. *Praktický lékař*. č. 11. s. 653 – 656. ISSN 0032-6739.
8. ČEVELA, R. a L. ČELEDOVÁ, 2011a. Nové posuzování stupně závislosti dle principů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *Kontakt*. [online]. 13(3), s. 308 – 314. [cit. 2016-08-14]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214112550502325.pdf>
9. ČEVELA, R. a L. ČELEDOVÁ, 17. 10. 2011b. *Osud koordinované rehabilitace*. [online]. Praha: Odbor posudkové služby MPSV ČR. [cit. 2016-05-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>
10. ČIHÁK, R., 2002. *Anatomie* 2. upravené a doplněné vyd. Praha: Grada. 488 s. ISBN 80-247-0143-X.

11. Dětská lázeňská péče – prim. MUDr. Jana Rydlová, 2. část. In: *Sama doma*. [televizní pořad]. ČT1, 20. 1. 2015, 12:30. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1148499747-sama-doma/215562220600006/obsah/375773-detska-lazenska-pece-prim-mudr-jana-rydlova-dotazy-2-cast>
12. DISMAN, M., 2007. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
13. DOLEŽALOVÁ, K., 2015. Rýma, kašel, rýma, kašel aneb první rok ve škole. *Pediatric pro praxi*. [online]. 16(6), s. 411 – 414. [cit. 2016-08-01]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/06/13.pdf>
14. DONČEVOVÁ, L. et al., 2016. Cooperation of occupational therapy, physiotherapy and speech therapy in the therapy of children with cerebral palsy. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*. [online]. 7(1-2). pp. 7 – 19. [cit. 2016-08-01]. ISSN 1804-7181. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/journal-of-nursing-social-studies-public-health-and-rehabilitation/administrace/clankyfile/20160729121924648284.pdf>
15. *Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením*, 2016. [online]. MPSV ČR. [cit. 2016-05-19]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/23591/Doporuceny_postup_c.1-2016_na_podporu_realizace_prostupneho_systemu_socialni_a_pracovni_rehabilitace_osob_se_zdravotnim_postizenim.pdf
16. EMMEROVÁ, M., 2012. Úvod – co je to koordinovaná rehabilitace. In: MPSV ČR eds, 2013. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. [online]. Praha: MPSV ČR. [cit. 2016-07-23]. ISBN 978-80-7421-052-5. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf
17. FRANCOVÁ, H., 2014. Sociální rehabilitace. In: PFEIFFER J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. s. 149 – 156. ISBN 978-80-7394-461-2.

18. FREY, U. and J. GERRITSEN, 2006. Respiratory Diseases in Infants and Children. *European Respiratory Monograph*. Volume 11, Monograph 11. UK, Wakefield: European Respiratory Society Journals Ltd. 360 p. ISSN 1025-448x.
19. FRIEDMAN, T., 2010. Diagnosing Asthma in Young Children: Current Research & Recommendations. *Journal of Pediatric Health Care* [online]. 24(5), pages 305 – 311. [cit. 2016-08-01]. doi: 10.1016/j.pedhc.2009.08.007. Dostupné z: [http://www.jpedhc.org/article/S0891-5245\(09\)00249-1/abstract](http://www.jpedhc.org/article/S0891-5245(09)00249-1/abstract)
20. GANONG, W., F., 2005. *Přehled lékařské fyziologie*. 2. vyd. Praha: Galén. 890 s. ISBN 80-7262-311-7.
21. GERLICOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.
22. GILLERNOVÁ, I. et al., 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti. Člověk na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.
23. GRIM, M. et al., 2005. *Základy anatomie 3. Trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém*. Praha: Galén. 163 s. ISBN 978-80-7262-302-0.
24. HÁDKOVÁ, K. et al, 2008. Možnosti speciálně pedagogické podpory osob s těžkým zrakovým postižením. In: *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paido, s. 333 – 340. ISBN 978-80-7315-170-6.
25. HLAVNIČKOVÁ, P. a Z. FRAŇKOVÁ, 2008. Canisterapie u dětí se sluchovým postižením. *Kontakt*. [online]. X: 1-122. s. 81 – 84. [cit. 2016-07-31]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120506210204240393.pdf>
26. HOLCZEROVÁ, V. a D. DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
27. CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

28. *Informace pro osoby se zdravotním postižením v oblasti zaměstnanosti*, 2009. [online]. MPSV ČR. [cit. 2016-05-19]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/sz/obcane/zamestnavani_ozp/informace_pro_osoby_se_zdravotnim_postizenim.pdf
29. JANKOVSKÝ, J., 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Triton. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
30. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: TRITON. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
31. JANKOVSKÝ, J. et al., 2005. *Vybrané kapitoly z učeného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
32. JANKOVSKÝ, J., 2014. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. In: PFEIFFER J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. s. 49 – 120. ISBN 978-80-7394-461-2.
33. JANKOVSKÝ, J., 2015. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. [online]. In: KODYMOVÁ, P. *Sešit sociální práce, Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. (3) 7 – 13. Praha: MPSV ČR. [cit. 2016-07-24]. ISBN 978-80-7421-088-4. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/23240/3ssp.pdf>
34. JELÍNKOVÁ, J. a M. KRIVOŠÍKOVÁ, 2007. *Koncepce oboru ergoterapie*. [online]. Praha: Česká asociace ergoterapeutů. s. 16. [cit. 2016-07-24]. Dostupné z: http://www.ergoterapie.cz/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf
35. JESENSKÝ, J., 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 159 s. ISBN 80-706-6941-1.
36. JESTER, R., 2007. *Advancing Practice in Rehabilitation. Nursing*. 1st ed. Oxford: Blackwell. 206 s. ISBN 978-1-4051-2508-6.
37. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

38. KAŠÁK, V. et al., 2003. *Překonejte své astma*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: MAXDORF. 243 s. ISBN 80-85912-96-1.
39. KODYMOVÁ, P., 2015a. Multidisciplinární týmy v praxi sociální práce. [online]. In: KODYMOVÁ, P. *Sešit sociální práce, Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. (3) 40 – 52. Praha: MPSV ČR. [cit. 2016-07-24]. ISBN 978-80-7421-088-4. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/23240/3ssp.pdf>
40. KODYMOVÁ, P., 2015b. *Sešit sociální práce, Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. [online]. (3). Praha: MPSV ČR. 55 s. [cit. 2016-07-24]. ISBN 978-80-7421-088-4. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/23240/3ssp.pdf>
41. KOLÁŘ, P. et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
42. KOZEL, R. et al., 2006. *Moderní marketingový výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada. 280 s. ISBN 80-247-0966-X.
43. KOZEL, R. et al., 2011. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3527-6.
44. KRHUTOVÁ, L., 2013. *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 149 s. ISBN 978-80-7464-290-6.
45. KUPKOVÁ, J. et al., 2010. E-learningová podpora pro výuku Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). *Kontakt*. [online]. 12, s. 220 – 225. [cit. 2016-08-14]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423120853336961.pdf>
46. KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2012. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-7874-7.
47. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
48. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

49. LÁZNĚ LUHAČOVICE, a. s. [online]. © 2016. [cit. 2016-07-30]. Dostupné z: <http://www.lazneluhacovice.cz/index.php>
50. MACHOVÁ, J., 2008. *Biologie člověka pro učitele*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 269 s. ISBN 978-80-7184-867-7.
51. MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného. Onemocnění štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3811-6.
52. MARINOV, Z., 2012. *Praktická dětská obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 222 s. ISBN 978-80-247-4210-6.
53. MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
54. MATLASOVÁ, H., 2011. Praktická aplikace Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *Kontakt*. [online]. 13(1), s. 54 – 64. [cit. 2016-08-14]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120224112946869525.pdf>
55. MATOUŠKOVÁ, I. a D. VRABCOVÁ, 2015. Vhodné podmínky pro fungování multidisciplinárních týmů. [online]. In: KODYMOVÁ, P. *Sešit sociální práce, Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. (3) 20 – 27. Praha: MPSV ČR. [cit. 2016-07-24]. ISBN 978-80-7421-088-4. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/23240/3ssp.pdf>
56. MERKUNOVÁ, A. a M. OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
57. MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. *Ovzduší a zdraví (3. část) – Dýchací soustava*. [online]. © 2015 [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: http://iszp.kr-moravskoslezsky.cz/assets/ovzdusi/Ovzdusi_a_zdravi/obr_1.jpg
58. MOUREK, J., 2012. *Fyziologie. Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., doplněné vyd. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.

59. MPSV ČR eds, 2012. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. [online]. Praha: MPSV ČR. [cit. 2016-07-23]. ISBN 978-80-7421-052-5. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf
60. MPSV ČR eds, 2013. *Příručka pro osoby se zdravotní postižením v roce 2014*. 1. vyd. Praha: MPSV ČR. 32 s. ISBN 978-80-7421-061-7.
61. MPSV ČR eds, 2015. *Slovník sociálního zabezpečení 2015*. 1. vyd. Praha: MPSV ČR. 130 s. ISBN 978-80-7421-114-0.
62. MRKVIČKA, T., PETRÁŠKOVÁ, V., 2006. *Úvod do statistiky*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 148 s. ISBN 80-7040-894-4.
63. MÜLLER, O. et al., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přepracované vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
64. MUNTAU, A., 2009. *Pediatric*. 1. české vyd. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-2525-3.
65. NEČASOVÁ, D., 2004. Lázeňská léčba dětí s funkční poruchou vyprazdňování dolních cest močových. *Urologie pro praxi*. [online]. 1, s. 6 – 9. [cit. 2016-08-01]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2004/01/02.pdf>
66. NOVÁKOVÁ, I., 2011a. *Zdravotní nauka 1. díl, Učebnice pro obor sociální činnosti*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3708-9.
67. NOVÁKOVÁ, I., 2011b. *Zdravotní nauka 2. díl, Učebnice pro obor sociální činnosti*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
68. NOVÝ, I. et al., 2006. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN 80-247-1705-0.
69. OLCJAVA, P., 2007. *Zdravé a nemocné dítě. Od početí do puberty*. 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-1847-7.

70. ORTEL, M. et al., 2012. *Psychopatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247- 3737-9.
71. PASTUCHA, D. et al., 2014. *Tělovýchovné lékařství, Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4835-5.
72. PASTUCHA, D. et al., 2015. Aktuální legislativní změny v předepisování lázeňské léčebné péče pro děti a dorost. *Pediatric pro praxi*. [online]. 16(3), s. 203 – 205. [cit. 2016-08-01]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/03/19.pdf>
73. PELIKÁN, J., 2011. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 270 s. ISBN 978-80-246-1916-3.
74. PFEIFFER, J. a O. ŠVESTKOVÁ, O., 2007. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. 1. české vyd. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
75. PFEIFFER, J. et al., 2014a. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 176 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
76. PFEIFFER, J. et al., 2014b. Posudková rehabilitace. In: PFEIFFER J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. s. 11 – 48. ISBN 978-80-7394-461-2.
77. PETRŮ, V., 1994. *Alergie u dětí*. 1. vyd. Praha: Grada. 151 s. ISBN 80-7169-090-2.
78. PETRŮ, V., 2006. Moderní diagnostika a léčba bronchiálního astmatu u dětí. *Pediatric pro praxi*. [online]. 4, s. 194 – 200. [cit. 2016-08-01]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2006/04/03.pdf>
79. PODĚBRADSKÝ, J. a R. PODĚBRADSKÁ, 2009. *Fyzikální terapie. Manuál a algoritmy*. 1.vyd. Praha: Grada. 200 s. + 18 str. obrazové přílohy. ISBN 978-80-47-2899-5.
80. POHUNEK, P. a T. SVOBODOVÁ, 2007. *Průduškové astma v dětském věku*. 1. vyd. Praha: MAXDORF. 112 s. ISBN 978-80-7345-118-9.

81. POHUNEK, P. a T. SVOBODOVÁ, 2008. Dlouhodobá léčba astmatu u dětí. In: LEBL, J. et al. *Praktická pediatrie: obvyklé diagnostické a léčebné postupy na Pediatrické klinice v Motole*. Praha: Galén. s. 41 – 50. ISBN 978-80-7262-578-9.
82. *Pracovní rehabilitace*, 2015. [online]. MPSV ČR. [cit. 2016-05-19]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/22490/Pracovni_rehabilitace.pdf
83. PROCHÁZKA, B., 2015. *Biostatistika pro lékaře. Principy základních metod a jejich interpretace s využitím statistického systému R*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 345 s. ISBN 978-80-246-2782-3.
84. PRŮCHA, J., 2014. *Andragogický výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-5232-7.
85. REPKOVÁ, K. a D. SEDLÁKOVÁ, 2011. *Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnóm kontextu*. 1. vyd. Bratislava: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku. 75 s. ISBN 978-80-970993-9-8.
86. ROGERS, K., 2011. *The respiratory systém*. First Edition. New York: Britannica Educational Publishing. 234 pages. ISBN 978-1-61530-147-8.
87. RŮŽIČKOVÁ, K., 2015. *Rehabilitace zraku slabozrakých a rozvíjení čtenářské výkonnosti*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové. 352 s. ISBN 978-80-7435-383-3.
88. RYDLOVÁ, J., 2008. Klimatická léčba v Luhačovicích. *Alergie*. [online]. 3, s. 214 – 215. [cit. 2016-08-01]. ISSN 1212-687X. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/Alergie/2008/03/12_rydlova_al_3-08.pdf
89. SEIFERTOVÁ, J., 2016. Komunikace praktického lékaře pro děti a dorost. *Pediatric pro praxi*. [online]. 17(2), s. 102 – 103. [cit. 2016-08-02]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/02/09.pdf>
90. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
91. SEDLÁKOVÁ, R., 2014. *Výzkum medií*. 1. vyd. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-3568-9.

92. SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
93. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3286-2.
94. SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
95. Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67). *MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ*. [online]. 23. 11. 2012. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13929>
96. SVAZ LÉČEBNÝCH LÁZNÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Jak do lázní*. [online]. © 2009 – 2016 [cit. 2016-07-29]. Dostupné z: <http://www.lecebne-lazne.cz/cs/proklienty/jak-do-lazni/prostrednictvim-zdravotni-pojistovny>
97. SVĚCENÁ, K. a ŠVESTKOVÁ, R., 2014. Ergoterapie. In: PFEIFFER J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. s. 121 – 130. ISBN 978-80-7394-461-2.
98. ŠESTÁK, J., 2014. Pracovní rehabilitace. In: PFEIFFER J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. s. 157 – 165. ISBN 978-80-7394-461-2.
99. ŠŤASTNÝ, J., 2006. *Zdraví a nemoc*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. 114 s. ISBN 80-7041-775-7.
100. ŠVESTKOVÁ, O. a Y. ANGEROVÁ, 2006. Rehabilitace v České republice. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. II.(3), s. 23 – 25. ISSN 1801-464X.
101. ŠVESTKOVÁ, O. et al., 2008. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO jako nástroj moderní rehabilitace. *Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů*. 88(3), s. 161 – 164. ISSN 0032-6739.
102. TOMEŠ, I. et al., 2016. *Sociální právo České republiky*. 2., přepracované vydání. Praha: Wolters Kluwer. 339 s. ISBN 978-80-7478-941-0.

103. TROJAN, S. et al., 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN 80-247-1296-2.
104. VAŠTÍKOVÁ, M., 2014. *Marketing služeb – efektivně a moderně*. 2. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-5037-8.
105. VÉLE, F., 2006. *Kineziologie: přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Triton. 375 s. ISBN 80-7254-837-9.
106. VELEMÍNSKÝ, M. a M. VELEMÍNSKÝ, ml., 2007. *Dítě. 3 x 333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: TRITON. 267 s. ISBN 978-80-7254-929-0.
107. VELEMÍNSKÝ, M., 2003. *Vybrané kapitoly z pediatrie pro studující ZSF JU*. 4. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 170 s. ISBN 80-7040-643-7.
108. VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. 335 s. ISBN 978-807-3221-096.
109. VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 176 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
110. VÍTKOVÁ, M., 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Brno: Paido. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.
111. VÍTKOVÁ, M., 2014. Speciální pedagogiky osob s tělesným a zrakovým postižením. In: VALENTA, M. et al. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál. s. 104 – 130. ISBN 978-80-262-0602-6.
112. VITOŇ, J., 2015. Dítě se zdravotním postižením a jeho rodinné prostředí. *Kontakt*. [online]. 17(2), s. 140 – 146. [cit. 2016-07-31]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20150619142118787271.pdf>
113. VOLF, V. a VOLFOVÁ, H., 2003. *Pediatrie II*. 3., doplněné vyd. Praha: Informatorium. 240 s. ISBN 978-80-246-1561-5.

- 114.VOTAVA, J. et al., 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- 115.Vyhláška č. 2 ze dne 23. prosince 2014, o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče, 2014. [online]. [cit. 2016-07-28]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2015, částka 1, 50 – 115 s. Dostupné z: http://docs.lecebne-lazne.cz/IS_zkon-1-15_vyhlaska-2-15.pdf
- 116.VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II. Speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
- 117.WAGNEROVÁ, E. et al., 2012. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR. 931 s. ISBN 978-80-7357-750-6.
- 118.WILLIAMS, M. D., 2009. Management of Pediatric Asthma: Focus on the Expert Panel Report 3. *Journal of Pediatric Health Care* [online]. 23(6), pages 357 – 368. [cit. 2016-08-01]. doi: 10.1016/j.pedhc.2009.08.006. Dostupné z: [http://www.jpedhc.org/article/S0891-5245\(09\)00250-8/pdf](http://www.jpedhc.org/article/S0891-5245(09)00250-8/pdf)
- 119.WOHLGEMUTH, M., 2004. *Sociální pracovník v procesu ucelené péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
- 120.World Health Organization, 2011. *World Report on Disability*. [online]. [cit. 2016-05-02]. ISBN 978-92-4-068521-5. Dostupné z: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/
- 121.World Health Organization, © 2016a. *Disability and rehabilitation*. [online]. [cit. 2016-05-02]. Dostupné z: <http://www.who.int/disabilities/care/en/>
- 122.World Health Organization, © 2016b. *Rehabilitation*. [online]. [cit. 2016-05-02]. Dostupné z: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>
- 123.ZÁKLADNÍ ŠKOLA PŘI DĚTSKÉ LÉČEBNĚ LUHAČOVICE [online]. © 2016. [cit. 2016-07-30]. Dostupné z: <http://www.zslecluh.zlinedu.cz/default.html>

124. Zákon č. 2 ze dne 16. prosince 1992, o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky a o změně některých zákonů, 1992. [online]. [cit. 2016-07-23]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1993, částka 1, s. 17 – 23. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
125. Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně některých zákonů, 1997. [online]. [cit. 2016-07-28]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2015, částka 1, 1 – 48 s. Dostupné z: http://docs.lecebne-lazne.cz/IS_zkon-1-15_vyhlasaka-2-15.pdf
126. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách a o změně některých zákonů, 2006. [online]. [cit. 2016-07-23]. In: MPSV ČR. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf
127. ZEMAN, M., 2009. Fyzioterapie v současné moderní medicíně. *Kontakt*. [online]. 11(2), s. 467 – 470. [cit. 2016-08-01]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330123120809120.pdf>
128. ZEMAN, M., 2014. Fyzioterapie v systému zdravotnické rehabilitace. In: PFEIFFER J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. s. 131 – 148. ISBN 978-80-7394-461-2.
129. ZVÁRA, R., 2013. *Základy statistiky v prostředí R*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 258 s. ISBN 978-80-246-2245-3.

8 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník pro personál

Příloha č. 2 Dotazník pro doprovod

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Kruhová podpora

Obrázek č. 2 Anatomie horních a dolních cest dýchacích

Obrázek č. 3 Věk doprovázených dětí

Obrázek č. 4 Nabídka volnočasových aktivit

9 SEZNAM ZKRATEK

ČR	Česká republika
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
WHO	World Health Organization; Světová zdravotnická organizace
ZŠ	Základní škola

Příloha č. 1 – Dotazník pro personál

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Haková, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a píši diplomovou práci na téma Koordinovaná rehabilitace dětí s opakovaným onemocněním dýchacích cest. Dovoluji si Vás oslovit a zároveň poprosit o spolupráci při vyplňování níže uvedeného dotazníku, který bude využit pro zpracování mé diplomové práce. Dotazník je anonymní. Výsledky budou uvedeny pouze v mé diplomové práci a budou zveřejněny v databázi STAG, kterou naleznete na <https://wstag.jcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html>.

U každé otázky označte nejvhodnější odpověď, popř. i více možností, nebo odpověď doplňte dle instrukcí u dané otázky.

Předem velmi děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. V dětských léčebnách Lázní Luhačovice pracuji jako:

- lékař/ka
- zdravotní sestra
- fyzioterapeut/ka
- učitelka/učitel
- speciální pedagog
- vychovatel/vychovatelka
- sociální pracovník
- ergoterapeut/ka
- jiná pracovní pozice, prosím uveďte

2. V dětských léčebnách Lázní Luhačovice pracuji:

- 0 – 1 rok
- 2 – 3 roky
- 4 – 5 let
- déle jak 5 let.

3. Které prvky koordinované rehabilitace dětské léčebny Lázní Luhačovice poskytují?
(zakroužkujte i více možností)

- léčebná rehabilitace
- sociální rehabilitace
- pedagogická rehabilitace
- pracovní rehabilitace
- nevím, neznám pojem „koordinovaná rehabilitace“.

Léčebná složka koordinované rehabilitace

4. Dětským pacientům jsou nabízeny tyto léčebné procedury (označte i více možností).

- *inhalační terapie*
 - inhalace Vincentky
 - lékové inhalace
- *vodoléčba*
 - přírodní uhličitě koupele
 - perličkové koupele
 - přísadové koupele
 - střídavé nožní koupele
 - plavání v rehabilitačním bazénu
- *skupinový léčebný tělocvik*
 - skupinové cvičení s výukou technik správného dýchání
 - míčkování
 - skupinové cvičení správného držení těla
 - skupinové cvičení plochých nohou
- *individuální léčebné tělocvik*
 - dechová rehabilitace s fyzioterapeutem
 - masáž hrudníku
 - kondiční cvičení
 - kineziotaping
- *elektroléčba*
 - magnetoterapie
 - ultrazvuk
 - diatermie
- *fototerapie*
 - biolampa
 - solux
- *klimatoterapie*
 - pobyt venku na čerstvém vzduchu
 - procházky
 - sportovní aktivity
- *dietoterapie*
 - dodržování správných stravovacích a pohybových návyků
 - edukace s nutriční terapeutkou
 - redukce váhy
- *pitná kúra*
 - pití léčebných minerálních pramenů
- *ergoterapie*
 - nácvik komunikačních a sociálních dovedností
 - nácvik používání kompenzačních a technických pomůcek
 - poradenské služby a instruktáže v otázkách prevence vzniku komplikací
- jiné, uveďte

5. Jak vnímáte účast rodičů/jiného doprovodu při lázeňské léčbě dětského pacienta?
- přítomnost doprovodu je přínosem. Dítě lépe spolupracuje, aktivněji se zapojuje do léčebného procesu.
 - přítomnost doprovodu dítěte nemá na léčebný proces vliv.
 - přítomnost doprovodu ruší léčebný proces.

Pedagogická složka koordinované rehabilitace

6. Musí všichni dětské pacienti, kteří navštěvují ZŠ ve svých domovech chodit do ZŠ při dětské léčbě?
- ano
 - ne
 - záleží na rozhodnutí zákonného zástupce dítěte.
7. Jsou dětskými pacienty také žáci se speciálními vzdělávacími potřebami?
- ano
 - ne
 - nevím, tato informace se ke mně nedostane.
8. Je žákům se speciálními vzdělávacími potřebami k dispozici speciální pedagog?
- ano
 - ne
 - nevím.

Sociální složka koordinované rehabilitace

9. Jaké volnočasové aktivity jsou nabízeny dětským pacientům a jejich doprovodu? (označte i více možností).
- fakultativní výlet (ZOO Zlín Lešná)
 - dětský karneval
 - diskotéka
 - pohádkový les – procházka po Luhačovicích s pohádkovými postavami
 - půjčovna společenských her a knih
 - dětské hřiště (u Vítkova)
 - sportovní hřiště
 - venkovní bazén
 - opékání buřtů
 - návštěva představení v Lázeňském divadle
 - jiné, uveďte
10. V jaké míře jsou tyto volnočasové aktivity využívány?
- účastní se vždy téměř všichni.
 - účast je vždy tak poloviční.
 - volnočasové aktivity nejsou využívány vůbec.

11. Nabízí personál dětských léčeben Lázní Luhačovice pomoc či radu v těchto otázkách? (označte i více možností).

- nárok dítěte na kompenzační nebo rehabilitační pomůcku (např. inhalátor, inhalační nástavec)
- nárok dítěte na dávky sociálního zabezpečení (invalidní důchod, dávky státní sociální podpory, dávky podpory v hmotné nouzi)
- výhody pro zdravotně postižené (např. průkaz ZP, ZTP, ZTP/P)
- příspěvek pro zdravotně postižené (příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku)
- sociální poradenství (základní či odborné)
- žádná pomoc či rada v těchto oblastech není poskytována.

Koordinovaná rehabilitace

12. Je poskytována lázeňská léčba v dětských léčebnách Lázní Luhačovice vzájemně provázaná, propojená?

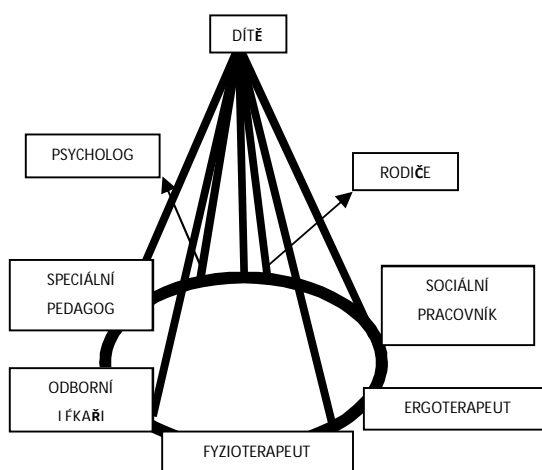
- ano
- ne.

13. Je možné v tomto smyslu chápat poskytovanou léčbu a ostatní služby v dětských léčebnách Lázní Luhačovice jako koordinovanou (ucelenou) rehabilitaci?

- ano
- ne.

14. Vzniká při procesu koordinované rehabilitace v dětských léčebnách Lázní Luhačovice tzv. kruhová podpora – tým odborníků, který se zabývá dětským pacientem? (viz obrázek).

- ano
- ne.



Příloha č. 2 – Dotazník pro doprovod

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Haková, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a píši diplomovou práci na téma Koordinovaná rehabilitace dětí s opakovaným onemocněním dýchacích cest. Dovoluji si Vás oslovit a zároveň poprosit o spolupráci při vyplňování níže uvedeného dotazníku, který bude využit pro zpracování mé diplomové práce. Dotazník je anonymní. Výsledky budou uvedeny pouze v mé diplomové práci a budou zveřejněny v databázi STAG, kterou naleznete na <https://wstag.jcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html>.

U každé otázky označte nejvhodnější odpověď, popř. i více možností, nebo odpověď doplňte dle instrukcí u dané otázky.

Předem velmi děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Jako doprovod dítěte v Lázních Luhačovice jsem:

- poprvé
- podruhé
- potřetí
- vícekrát, uveďte kolikrát je toto Váš pobyt

2. Doprovázím:

- 1 dítě
- 2 děti
- 3 děti
- více než 3 děti, uveďte počet dětí

3. Doprovázené dítěte je/jsou mým:

- synem/dcerou
- vnukem/vnučkou
- jiný vztah, uveďte jaký

4. Věk dítěte/děti je (označte prosím všechny děti, které doprovázíte):

- 1,5 – 2 roky
- 3 – 4 roky
- 5 – 6 let
- 7 – 8 let
- 9 – 10 let
- více než 11 let.

5. Pobyt v Lázních Luhačovice mám hrazený:

- zdravotní pojišťovnou
- jsem samoplátce
- jiné, uveďte

Léčebná složka koordinované rehabilitace

6. Dítě se léčí s (označte i více možností):
- nemocmi dýchacího ústrojí
 - kožním onemocněním
 - nemocmi z poruchy výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí
 - nemocmi trávicího ústrojí
 - nemocmi onkologickými
 - jiné, uveďte
7. V rámci předepsané léčby dítě absolvuje tyto procedury (označte více možností):
- *inhalační terapie*
 - inhalace Vincentky
 - lékové inhalace
 - *vodol léčba*
 - přírodní uhličitě koupele
 - perličkové koupele
 - přísadové koupele
 - střídavé nožní koupele
 - plavání v rehabilitačním bazénu
 - *skupinový léčebný tělocvik*
 - skupinové cvičení s výukou technik správného dýchání
 - míčkování
 - skupinové cvičení správného držení těla
 - skupinové cvičení plochých nohou
 - *individuální léčebné tělocvik*
 - dechová rehabilitace s fyzioterapeutem
 - masáž hrudníku
 - kondiční cvičení
 - kineziotaping
 - *elektroléčba*
 - magnetoterapie
 - ultrazvuk
 - diatermie
 - *fototerapie*
 - biolampa
 - solux
 - *klimatoterapie*
 - pobyt venku na čerstvém vzduchu
 - procházky
 - sportovní aktivity
 - *dietoterapie*
 - dodržování správných stravovacích a pohybových návyků
 - edukace s nutriční terapeutkou
 - redukce váhy
 - *pitná kúra*
 - pití léčebných minerálních pramenů

- *ergoterapie*
 - nácvik komunikačních a sociálních dovedností
 - nácvik používání kompenzačních a technických pomůcek
 - poradenské služby a instruktáže v otázkách prevence vzniku komplikací
- *jiné, uveďte*

8. Jak jste s léčebným procesem spokojen? (stupnice 1 – 5 jako ve škole, 1 – nejlepší, 5 – nejhorší).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Pedagogická složka koordinované rehabilitace

9. Navštěvuje Vaše dítě základní školu při dětské léčebně? (Pokud ANO, pokračujte otázkou č. 10. V případě NE, otázku č. 10 vynechte.)

- ano
- ne.

10. Jak jste spokojeni s výukou ZŠ při dětské léčebně? (stupnice 1 – 5 jako ve škole, 1 – nejlepší, 5 – nejhorší).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Patří Vaše dítě/děti k žákům se speciálně vzdělávacími potřebami? (Pokud ANO, pokračujte otázkou č. 12. V případě NE, otázku č. 12 vynechte.)

- ano
- ne.

12. Byla Vám nabídnuta ZŠ při dětské léčebně péče pomoc speciálního pedagoga?

- ano
- ne.

Sociální složka koordinované rehabilitace

13. Jaké možnosti trávení volného času jsou dětskými léčebnami nabízeny (označte i více možností)?

- fakultativní výlet (ZOO Zlín Lešná)
- dětský karneval
- diskotéka
- pohádkový les – procházka po Luhačovicích s pohádkovými postavami
- půjčovna společenských her a knih
- dětské hřiště (u Vítkova)
- sportovní hřiště
- venkovní bazén (Miramonti)
- opékání buřtů
- návštěva představení v Lázeňském divadle
- jiné, uveďte

14. Jak jste s nabídkou trávení volného času spokojeni? (stupnice 1 – 5 jako ve škole, 1 – nejlepší, 5 – nejhorší).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. V jakých oblastech Vám byla během pobytu nabídnuta jakákoliv pomoc nebo rada? (označte i více možností).

- nárok dítěte na kompenzační nebo rehabilitační pomůcku (např. inhalátor, inhalační nástavec)
- nárok dítěte na dávky sociálního zabezpečení (invalidní důchod, dávky státní sociální podpory, dávky podpory v hmotné nouzi)
- výhody pro zdravotně postižené (např. průkaz ZP, ZTP, ZTP/P)
- příspěvek pro zdravotně postižené (příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku)
- sociální poradenství (základní či odborné)
- s pomocí nebo radou jsem se nesetkal/a.

Koordinovaná rehabilitace

16. Je poskytovaná lázeňská léčba v dětských léčebnách Lázní Luhačovice vzájemně provázaná, propojená?

- ano
- ne.

17. Je možné v tomto smyslu chápat poskytovanou léčbu a ostatní služby v dětských léčebnách Lázní Luhačovice jako koordinovanou (ucelenou) rehabilitaci?

- ano
- ne.